

TRAITEMENT

DE QUELQUES

INFECTIONS PYOGÈNES

PAR LA

PROVOCATION D'ABCÈS HYPODERMIQUES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 27 juillet 1893

PAR

Victor GUILLAUMONT

Né le 24 juillet 1868, à Manosque (Basses-Alpes)

ANCIEN PRÉPARATEUR DE MÉDECINE LÉGALE

Examineurs: { MM. SPILLMANN, président.
HECHT, professeur.
REMY, agrégé.
HAUSHALTER, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE G. CRÉPIN-LEBLOND, PASSAGE DU CASINO

1893



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555004_0003

TRAITEMENT
DE QUELQUES
INFECTIONS PYOGÈNES

PAR LA
PROVOCATION D'ABCÈS HYPODERMIQUES

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 27 juillet 1893

PAR
Victor GUILLAUMONT

Né le 24 juillet 1868, à Manosque (Basses-Alpes)

ANCIEN PRÉPARATEUR DE MÉDECINE LÉGALE

Examineurs: { MM. SPILLMANN, président.
HECHT, professeur.
REMY, agrégé.
HAUSHALTER, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE G. CRÉPIN-LEBLOND, PASSAGE DU CASINO

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH I Q.

Doyens honoraires : MM. STOLTZ C *, I Q, TOURDES O *, I Q.

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C *, I Q, TOURDES O *, I Q. COZE *, I Q.
V. PARISOT *, I Q, HERRGOTT *, I Q.

Pathologie gén. et Pathologie interne.	M. HECHT *, I Q, professeur.
Physiologie.....	M. BEAUNIS *, I Q, professeur.
Clinique médicale.....	M. BERNHEIM, I Q, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, I Q, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I Q, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I Q, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, I Q, professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, I Q, professeur.
Chimie médicale et toxicologie	M. GARNIER, I Q, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I Q, professeur.
Clinique obstétricale et Accouche- ments	M. A. HERRGOTT, I Q, professeur
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, I Q, professeur.
Hygiène	M. MACÉ, A Q, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale....	M. SCHMITT, A Q, professeur.
Anatomie pathologique.....	M. BARABAN, I Q, professeur.
Anatomie descriptive	M. NICOLAS, A Q, professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, chargé du cours
Histologie.....	N...

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies mentales	M. LANGLOIS *, A Q, chargé du cours.
Clinique des maladies des yeux	M. ROHMER A Q, chargé du cours.
Clinique des maladies des enfants.....	M. SIMON A Q, agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies des vieillards...	M. P. PARISOT A Q, agr., ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. VAUTRIN, A Q, agrégé, ch. du cours.
Accouchements.....	M. REMY, A Q, agrégé, chargé du cours.
Histoire naturelle.....	M. VUILLEMIN, chargé du cours.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GUÉRIN, A Q.	MM. SIMON, A Q.	MM. HAUSHALTER.
RENÉ, A Q.	REMY, A Q.	FÉVRIER.
VAUTRIN A Q.	P. PARISOT, A Q.	PRENANT.

AGRÉGÉS LIBRES: MM. SCHLAGDENHAUFFEN, I Q, ROHMER, A Q.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, *, A Q, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Pharmacien à Manosque

ET A CELLE DE MA MÈRE

Regrets éternels.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE DUTHEIL

Major en retraite

Officier de la Légion d'honneur

A MA GRAND'MÈRE DUTHEIL

Témoignage de sincère affection.

A MON ONCLE R. BRÈS

Professeur de l'Université, Officier d'Académie

ET A MA TANTE

Trop faible témoignage de mon inaltérable reconnaissance.

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

Témoignage de ma bien vive affection.

A LA MÉMOIRE
DE MON ONCLE ET PARRAIN XAVIER GUILLAUMONT

*Commandant en retraite
Officier de la Légion d'honneur*

ET A CELLE DE MA TANTE

A LA MÉMOIRE
DE MON ONCLE VICTOR DUTHEIL
mort élève à l'Ecole de Santé Militaire de Strasbourg.

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE MEISSONNIER
*Chef de bataillon en retraite
Chevalier de la Légion d'honneur*

A MA TANTE MESSONNIER
Témoignage de mes sentiments affectueux.

A MON AMI LE DOCTEUR R. FRÆLICH
Chef de Clinique chirurgicale à la Faculté.

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SPILLMANN

A MES MAÎTRES EN CLINIQUE

MESSIEURS LES PROFESSEURS HEYDENREICH
ET SPILLMANN

A MESSIEURS LES PROFESSEURS HECHT
ET DEMANGE

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS
REMY, SIMON, VAUTRIN ET HAUSHALTER

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTE

HOMMAGE RESPECTUEUX

INTRODUCTION

Le vingt-trois août dix-huit cent quatre-vingt-onze, le *Lyon médical* publiait un mémoire (1) de M. le Professeur Fochier, sur une nouvelle méthode de traitement « des infections pyogènes généralisées ».

« Je viens conseiller et indiquer, disait le savant Professeur, au début de son travail, *le moyen de provoquer artificiellement la formation d'abcès* dans les états infectieux où l'on peut voir se produire spontanément des suppurations et où ces suppurations traitées chirurgicalement peuvent guérir en contribuant parfois d'une façon manifeste à la guérison de l'état infectieux. » Puis donnant à sa pensée une forme plus précise, il ajoutait, que « non-seulement les maladies où l'on peut voir se produire à la fois plusieurs abcès dans différents organes ou dans différentes régions du corps étaient justiciables de sa méthode, mais encore certaines maladies, dans lesquelles on ne voit habituellement aucune tendance à la suppuration mais

(1) Thérapeutique des infections pyogènes généralisées (*Lyon médical* Août, 1891).

qui peuvent devenir dans certaines circonstances des affections pyogènes généralisées, telles que la grippe, la fièvre typhoïde, la pneumonie ».

Quant à lui, ses observations ne portaient que sur des cas de fièvre puerpérale et son mémoire se terminait par la relation de quelques succès qu'il avait pu obtenir par l'emploi de sa nouvelle méthode thérapeutique.

Quelques mois après, M. le Professeur Lépine, de Lyon, ayant à lutter contre une pneumonie en voie de suppuration, se rappelant les conseils donnés par son collègue dans son mémoire, résolut, dans l'état désespéré de son malade, à provoquer artificiellement chez celui-ci, des abcès sous-cutanés. Le malade pouvait sortir guéri de l'hôpital et était présenté à la Société des Sciences médicales de Lyon.

Cette observation publiée dans la *Semaine médicale* au mois de février 1892 eut, comme elle le méritait, un grand retentissement dans le monde médical et confiants dans un tel résultat, plusieurs médecins voulurent à leur tour faire appel à la nouvelle méthode thérapeutique.

C'est ainsi que M. Dieulafoy n'hésita pas à provoquer quatre abcès chez une femme de son service qui présentait une pneumonie rappelant de très près la gravité de celle qui faisait l'objet de la relation de M. Lépine. Quelques jours après, M. Dieulafoy faisait part à ses collègues de la Société de médecine de Paris du véritable succès qu'il avait ainsi obtenu par l'application de la méthode préconisée par M. Fochier.

Ces triomphes thérapeutiques étaient vraiment encourageants et devant de si merveilleux résultats, il

était bien permis de vouloir faire bénéficier certains malades d'une pareille thérapeutique.

C'est ainsi que notre maître, M. le Professeur Spillmann, tenta à son tour de l'appliquer. Il nous faut avouer ici que ses premières observations furent peu favorables et même si peu concluantes, que dans un mémoire qu'il lut à la Société de médecine de Nancy, il n'était pas loin de se déclarer partisan très faible de cette nouvelle méthode de traitement. Nous ajouterons cependant pour être complet, que notre maître n'eut pas à enregistrer que des résultats négatifs.

Vers la même époque, plusieurs médecins, parmi lesquels nous pouvons citer MM. Gingeot, Bard, Raoul, M. le Professeur Thierry de Rouen, MM. Rendu, Chantemesse et Marie, M. le Professeur Olivier, M. le Professeur Mossé de Toulouse, M. le Professeur Revilliod de Genève, publièrent quelques observations sur la même méthode de traitement.

Parmi celles-ci les unes apportaient la relation de succès magnifiques, les autres en revanche étaient bien faites pour jeter le discrédit sur la méthode de M. Fochier.

Dès lors, ce n'était plus cette méthode infailible de traitement, dans laquelle on avait eu au commencement une foi absolue. La période de découragement allait commencer à se faire jour et succéder à celle d'enthousiasme du premier moment. Aussi tandis que le scepticisme se mit à envahir les esprits, l'Auteur et quelques fervents disciples du Maître lyonnais sont restés seuls, conservant encore quelque espérance. Mais leurs recherches, leurs travaux se font dans le silence, désirant avant de les présenter de nouveau

au monde savant, recueillir assez de faits précis pour fléchir les esprits les plus rebelles.

Inspiré par notre maître, M. le Professeur Spillmann, nous avons pensé, au milieu de cette période actuelle de repos et de calme, qu'il serait peut-être intéressant de réunir toutes les observations concernant la méthode thérapeutique indiquée par M. Fochier et en nous basant sur les résultats qu'elle avait pu donner jusqu'à ce jour, d'essayer de préciser sa valeur pratique.

Devons-nous abandonner entièrement le traitement indiqué par M. Fochier et le mettre au rang de cette série de médications qui disparaissent presque aussitôt qu'elles sont nées ? Ou bien, sommes-nous en droit d'y avoir recours dans certaines circonstances, dans l'espoir ferme « de sauver quelques vies humaines » ? Tel a été le but de nos recherches et ce que nous avons tâché de mieux indiquer dans le cours de notre thèse inaugurale.

Mais quel plan avons-nous adopté dans le développement de notre sujet ? Avant tout nous avons cru qu'il était bien préférable de nous placer, à l'exemple de M. Fochier, surtout sur le terrain clinique et de prendre principalement comme base de nos conclusions, les différents résultats rapportés dans les observations publiées par les auteurs.

C'est pourquoi, après avoir rappelé rapidement par quelle association d'idées le Professeur de Lyon était arrivé à concevoir et à appliquer sa méthode thérapeutique, nous avons rapporté successivement toutes les observations publiées de *Fièvre puerpérale* et de *Pneumonie grave* dans lesquelles le praticien a

eu l'occasion de provoquer des abcès sous-cutanés. Alors seulement par l'analyse détaillée et précise, par une étude approfondie de ces divers documents nous avons essayé de rechercher les indications qu'il était permis de formuler en face des résultats cliniques.

Notre étude aurait pu se terminer ainsi, mais nous avons cru nécessaire de rechercher, en finissant, les théories scientifiques actuelles qui permettent à cette heure de donner une explication satisfaisante du mécanisme de l'action de la méthode thérapeutique indiquée par M. le Professeur Fochier.

Mais avant de commencer l'exposé de notre sujet, nous sommes heureux de trouver, dans une ancienne tradition, l'occasion de nous acquitter de la dette que nous avons contractée envers nos maîtres.

Nous nous faisons un devoir, en effet, de remercier ici notre éminent Maître, M. le Professeur Spillmann, pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse et en même temps de lui affirmer la reconnaissance éternelle que nous aurons pour les marques de sympathie qu'il nous a toujours prodiguées pendant le cours de nos études cliniques.

Que M. le Professeur Heydenreich, doyen de la Faculté, veuille bien agréer ici l'hommage de notre sincère gratitude pour les marques d'intérêt qu'il n'a cessé de nous témoigner.

Qu'il nous soit permis aussi, d'exprimer nos remerciements à M. le Professeur Demange, pour les excellents conseils qu'il a bien voulu nous donner pendant tout le temps où nous avons eu l'honneur d'être son préparateur.

Nous ne pouvons terminer, sans prier MM. les Professeurs agrégés Remy, Simon et Haushalter de vouloir bien être assurés que nous conserverons toujours le souvenir de l'intérêt qu'ils nous ont montré pendant le cours de nos études cliniques.

Merci, enfin, à notre ami le docteur Etienne dont nous avons pu, à l'occasion, apprécier les sentiments de bien vive cordialité.

CHAPITRE 1^{er}

Depuis de nombreuses années, la littérature médicale rapporte le fait de la production spontanée d'abcès, dans certaines maladies infectieuses, survenant au moment de la résolution de l'affection. On désigne même, sous un nom particulier, ces abcès dont l'apparition coïncide avec une amélioration de l'état général, et on les appelle *abcès critiques*. « Ils sont vraiment critiques, dit Jaccoud, car lorsqu'ils amènent une rémission franche ils favorisent la terminaison de la maladie et, comme on dit, la jugent ». Du reste, quelques observations que nous avons pu recueillir et que nous allons indiquer feront mieux voir la réalité de ce phénomène :

C'est ainsi que Reclus dans le *Traité de chirurgie*, dit avoir constaté parfois une « saute » d'une situation désespérée à une véritable convalescence en même temps qu'il a vu apparaître une ou plusieurs collections purulentes. Chez un garçon de 17 ans, une gangrène avait en quelques heures envahi tout le membre supérieur ; on pratique la désarticulation de l'épaule, le couteau manœuvrait en plein foyer morbide. Pendant la nuit surviennent des sueurs abondantes, l'évacuation d'un litre et demi d'urine, chargée de sels, l'éruption de vésicules d'herpès sur les lèvres et le nez, enfin une poussée de furoncles, véritables abcès des glandes de la peau. L'opéré était sauvé, en moins de quinze jours la cicatrisation était complète.

Dans un mémoire publié dans la Suisse romande et relatif à la méthode de M. Fochier, M. le professeur Revilliod, de Genève, cite les trois observations suivantes dans lesquelles on constata encore l'apparition d'abcès en même temps qu'une défervescence de l'état général.

OBSERVATION I

J'ai souvenir d'un cas de pleurésie purulente qui avait été ponctionnée une fois. On devait s'attendre naturellement à voir le pus se reformer, comme cela se passe le plus souvent, lorsque survint un gros abcès de la fesse qui se guérit rapidement après incision. Or le pyothorax attendu ne se reforma pas ».

OBSERVATION II

R... Marguerite, 71 ans, vieille femme cachectique, épuisée par un catarrhe chronique et une existence de travaux pénibles et de privations, est apportée à l'hôpital cantonal de Genève le 22 avril 1892, pour une broncho-pneumonie double qui a revêtu d'emblée un caractère très grave. La respiration est soufflante au sommet gauche et à la base droite; partout ailleurs existent des râles humides et des ronchus. Elle ne tousse et ne crache pas. Elle a de l'oppression, de l'œdème des extrémités inférieures, des vomissements, une diarrhée incoercible. Elle va sous elle. La température ne dépasse pas 39°,3, étant modérée par une tendance à l'algidité. Resp : 48. Le pouls est misérable presque imperceptible. Cet état va empirant jusqu'au 27 avril. Ce jour-là, la malade est froide, défaillante et dit qu'elle se sent mourir. Dès son entrée à l'hôpital, elle avait été mise à un traitement tonique, avec ventouses sèches, piqûres de caféine et d'éther camphré, etc., le tout sans grand résultat.

C'est dans ces circonstances que se développa un phlegmon de la partie latérale supérieure gauche du cou. Or, à mesure que ce

phlegmon se formait, on pouvait constater que l'état général se remontait.

Le 9 mai, l'abcès est mûr. M. Audéoud, assistant, qui a suivi la malade de près, donne un coup de lancette qui laisse écouler une grande quantité de pus mélangé de lambeaux de tissu cellulaire mortifié. Peu après, la malade peut tousser et rendre de gros crachats épais, verdâtres ; les râles sont plus humides ; les foyers pneumoniques se concentrent à la moitié inférieure droite. L'abcès se cicatrise assez vite et la marche vers la guérison, tant pour l'état général que pour les signes locaux, se fit graduellement, jusqu'au 20 juin, jour de l'exeat.

OBSERVATION III

Jean T..., 32 ans, charbonnier, alcoolique, absinthique, entre à l'hôpital le 16 avril, au cinquième jour d'une forte pneumonie droite, T. 40°,5. La température baisse à partir du dixième jour, mais l'état du malade continue à s'aggraver, il est caractérisé par l'ataxo-adynergie, du délire, des sueurs froides et visqueuses, la langue sèche et fétide, le regard terne : sa faiblesse est telle qu'on n'ose asseoir le malade, crainte de le voir défaillir.

Cet état persiste malgré un traitement énergique intra et extra (quinquina, musc, acétate d'ammoniaque, éther, piqûres de caféine et d'éther camphré) jusqu'au quinzième jour. La formation d'un abcès térébenthiné semblait assez indiquée et nous hésitions chaque jour à le provoquer, lorsque survint une amélioration inespérée dans l'état subjectif et objectif de notre malade qui sort de sa somnolence pour accuser une vive douleur au mollet droit. On constate que celui-ci est le siège d'une tuméfaction phlegmoneuse formant saillie comme un gros œuf de poule. Considérant ce phénomène comme la manifestation d'un abcès critique, d'une fixation naturelle et spontanée, il n'y avait plus lieu de créer une fixation artificielle. L'effet désiré s'était, comme dans le cas précédent, produit de lui-même. De simples cataplasmes furent appliqués sur ce mollet dont l'inflammation, après avoir subi une période croissante, alla décroissant, laissant un petit noyau induré

et sans être arrivé à la suppuration, à moins que celle-ci se soit résorbée. La pneumonie qui avait été en imminence d'hépatisation grise, se résorba, grâce au phlegmon développé spontanément au membre inférieur.

Mais c'est surtout dans les cas de fièvre puerpérale que ces constatations ont été faites. « Depuis longtemps, raconte M. le Professeur Thierry de Rouen, dans une communication faite à la Société de médecine de cette ville, on rapporte des cas de guérison de fièvre puerpérale grave à la suite de suppuration du tissu cellulaire sous-cutané. Métivier, dans son travail sur la nature de la fièvre puerpérale en 1860, en cite des exemples.

En 1862, Sieffermann publie l'observation d'une femme prise de péritonite après l'accouchement et qui guérit après avoir eu de nombreux abcès dans le tissu cellulaire du tronc et des membres inférieurs, abcès qu'il gratifie de diathèse purulente interne. On trouve une observation semblable du docteur Cantel dans le Bulletin général de thérapeutique en 1867.

Cette même année l'auteur lui-même de cette relation, rapportait l'observation d'une femme atteinte d'accidents puerpéraux graves, ayant eu de nombreux frissons et qui présentait à partir du quinzième jour de la maladie des abcès hypodermiques de la région dorso-lombaire et des membres inférieurs. Elle sortait guérie de l'hôpital Saint-Louis moins de deux mois après.

Hervieux signale aussi les mêmes faits dans son traité des maladies puerpérales; il a vu maintes fois des accouchées atteintes de péritonite généralisée ou générale d'emblée, chez lesquelles les accidents péri-

tonéaux ont disparu pour faire place à des complications viscérales ou du côté de la peau. Lorsque cette transformation se produit, dit-il, la terminaison heureuse peut se faire plus ou moins attendre, mais fait rarement défaut.

Siredey, dans son étude clinique sur les maladies puerpérales, mentionne également la guérison possible de la forme typhoïde, de la phlébite infectieuse par le développement de complications, d'abcès en nombre plus ou moins considérable dans le tissu cellulaire sous-cutané du tronc et des membres, en montrant les uns autour des veines malades, périphlébites suppurées, les autres sans relation avec les veines enflammées. »

M. le Professeur Fochier avait lui aussi, depuis de nombreuses années, observé les mêmes faits dans son service et il en avait été vivement frappé. « Il y a des cas de fièvre puerpérale, dit-il dans son premier mémoire, dans lesquels on voit une infection généralisée sans lésion importante appréciable subir une amélioration soudaine en même temps que se manifestent les signes d'une suppuration localisée, par exemple un phlegmon du sein ou de la fosse iliaque, ou du tissu cellulaire sous-cutané ou bien une monoarthrite, une péritonite localisée tardive, une salpingo-ovarite. D'autres fois au contraire, dans d'autres cas de fièvre puerpérale, on voit des inflammations viscérales se révéler par des signes indubitables puis recéder rapidement sans qu'il y ait amélioration de l'état général. La mort arrive le plus souvent dans ces cas avant la suppuration. »

Ainsi donc d'après les remarques de M. Fochier,

deux types de fièvre puerpérale se rencontrent assez souvent, l'un où l'amélioration coïncide avec une localisation suppurée, l'autre où la mobilité des fluxions est au contraire d'un fâcheux pronostic et où le malade meurt le plus souvent.

Aider la nature à produire dans certains cas cette suppuration, qui améliore le pronostic, en une partie du corps déterminée à l'avance et loin de tout organe indispensable à la vie, semblait être la conclusion de la comparaison des faits précédents.

M. Fochier a eu le mérite d'y penser et le courage de mettre en pratique cette idée de provoquer artificiellement la suppuration lorsqu'elle tarde à se faire dans certaines affections.

Après s'être livré à différents essais avec diverses substances, M. Fochier s'est arrêté à l'essence de térébenthine, corps assez irritant pour amener rapidement l'inflammation recherchée. A l'endroit où il désire provoquer un abcès, il injecte dans le tissu cellulaire sous-cutané un à trois centimètres cubes de la substance indiquée plus haut. Quelques heures après la douleur inflammatoire apparaît et le pus se collecte les jours suivants.

Nous devons ajouter cependant, pour être juste, que M. le Professeur Thierry de Rouen, depuis l'année 1888 avait essayé le même mode de traitement dans différents cas de fièvre puerpérale et qu'il en avait obtenu de bons résultats.

Mais M. le Professeur Fochier le premier a publié un mémoire sur cette méthode thérapeutique et s'est servi aussi le premier de l'essence de térébenthine pour produire les abcès.

A la suite de la publication du travail du professeur de la Faculté de Lyon, plusieurs médecins ont suivi les conseils de ce Maître dans différents cas de Fièvre puerpérale et de Pneumonies graves.

Rapportons maintenant comme nous l'avons indiqué dans notre introduction, les différentes observations qui ont été publiées sur ces deux affections traitées par la méthode lyonnaise, nous réservant après de rechercher les conclusions pratiques qu'il nous sera permis d'en tirer.

CHAPITRE II

Observations de fièvres puerpérales traitées par la provocation d'abcès hypodermiques.

OBSERVATION I.

(M. le Professeur FOCHIER, *Lyon-Médical*, 23 août 1891).

X..., Malade apportée dans le service de M. Fochier au mois de janvier 1891, dans un état à peu près désespéré. L'accouchement avait eu lieu depuis dix jours et les accidents avaient commencé dès le surlendemain. La face terreuse, les traits étirés, l'angoisse respiratoire étaient avec le pouls et la température les symptômes généraux les plus effrayants. En prolongeant l'examen, on trouvait des signes manifestes d'arthrite du côté de l'épaule et de la hanche droites. On pouvait même affirmer un épanchement notable dans l'épaule droite. Il y avait bien sur les côtés de l'utérus un empâtement douloureux et de la distension intestinale, mais il était évident que, malgré cette lésion locale, l'infection généralisée devait avant tout nous préoccuper.

Dans ces conditions, M. Fochier fit immédiatement au niveau du deltoïde et dans la région hypogastrique à droite, une injection sous-cutanée d'essence de térébenthine. En même temps on alimentait la malade autant que le permettaient les voies digestives, et l'on faisait sous la peau de la cuisse des injections sous-cutanées de quinine. L'amélioration fut assez rapide pour qu'on puisse l'attribuer à la médication employée. Il se forma des abcès volumineux aux points injectés et comme rien n'indiquait la nécessité de les ouvrir, je laissai ces abcès atteindre le volume du poing avant de les inciser. Lors de l'incision, quinze jours après l'injection, il s'écoula un pus très épais.

La malade présenta ensuite à plusieurs reprises des accidents

graves de fluxions sur différents organes. Par exemple, elle présentait une néphrite avec anurie presque complète pendant trois jours, puis une choroidite qui n'a pas amené la fonte purulente de l'œil droit, mais une atrophie complète du globe oculaire ; enfin un abcès profond de la cuisse droite qui, à l'incision, me parut partir soit de l'articulation, soit des régions périarticulaires, puisque le sommet de la poche était constitué par la partie antérieure du col fémoral. Pourtant au mois d'août 1891, la malade est en convalescence depuis un mois.

OBSERVATION II.

(M. FOCHIER, *id.*)

X..., Malade atteinte de néphrite gravidique grave qui avait interdit l'emploi du sublimé pendant l'accouchement et qui fut prise le troisième jour d'un grand frisson avec congestion pulmonaire intense et une altération de la face avec prostration des forces que n'expliquait pas à elle seule la dyspnée. On fait à la malade des injections sous-cutanées d'essence de térébenthine, production d'abcès, amélioration des plus rapides.

OBSERVATION III

(M. FOCHIER, *id.*)

X... a une fièvre puerpérale datant de trois semaines avec lésion locale consistant sans doute en une ovarite suppurée.

L'hyperthermie continuait ; les forces déclinaient ; il y avait dans l'urine de notables quantités d'albumine qui existaient dès avant l'accouchement. La lésion locale n'était atteignible que par une laparotomie et une ablation d'annexes toujours fort dangereuses à une époque aussi rapprochée de l'accouchement et que l'éloignement de la malade rendait d'ailleurs impossibles. Le docteur H. Rondet (de Neuville), sur les conseils de M. Fochier, pratique quelques injections d'essence de térébenthine et il peut assister à la guérison de la malade sans avoir à constater l'issue du pus par le vagin ou l'intestin.

OBSERVATION IV

(M. FOCHIER, *id.*).

X..., malade exsangue à la suite d'un avortement et qui était envoyée à la Charité par le docteur Pangon, de Saint-Vallier. Elle était en proie à une fièvre intense, sans traces de localisation utérine ou péri-utérine. L'hyperthermie continue, un délire aigu, continu pendant trois jours, l'anémie traumatique profonde constituaient toute la gravité de ce cas. Il n'y avait ni angoisse respiratoire, ni étirement avec immobilisation des traits.

On pratique des injections sous-cutanées d'essence de térébenthine, les abcès se forment, et la température baisse avant que ceux-ci ne soient ouverts. Le délire céda, mais plus tardivement que la température, et la malade se rétablit rapidement.

OBSERVATIONS V et VI

(M. FOCHIER, *id.*).

Deux malades présentant des lésions péri-utérines post-abortives qui avaient sans doute déjà suppuré, et sans état général grave. On provoqua des abcès, mais la suppuration pelvienne ne fut pas entravée. Il fallut même lui donner issue par le vagin, en même temps qu'on ouvrait les abcès provoqués artificiellement.

OBSERVATION VII

(M. le Professeur THIERRY, communication faite à la
Société de médecine de Rouen, 11 avril 1892).

La fille Alexandrine M..., âgée de 21 ans, entre à la Maternité, le 2 février 1892, pour y faire ses couches. Réglée pour la première fois à 16 ans et demi, elle a vu depuis chaque mois, pendant trois jours, avec des retards habituels de quelques jours. Les règles sont venues pour la dernière fois fin avril 1891 : elle est donc à terme.

Le sommet se présente en I.G.A. ; l'accouchement se fait

naturellement après huit heures de travail, la délivrance une demi-heure après, sans intervention.

Le soir, le lendemain 3 février, le thermomètre varie de 37° à 37° 4, l'état est satisfaisant.

Le 4, 37° à 8 heures du matin. Après un potage pris à 10 heures, frisson très fort pendant près de 25 minutes, suivi de chaleur et de transpiration. La malade est transférée à la salle d'isolement ; le soir, la température monte à 39° 8.

Le 5, nuit mauvaise sans sommeil. Pouls à 112, température à 39°. Utérus à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic, indolore et spontanément et à la pression ; lochies peu abondantes, sanglantes, peu odorantes, langue saburrale ; inappétence.

Lavage intra-utérin, à la liqueur de Van Swieten et, matin et soir, irrigation vaginale et utérine pendant plusieurs heures dans la matinée et la soirée, avec une solution phéniquée faible, todd, quina, 0,60 centigrammes de sulfate de quinine. Le soir, pouls à 108, température à 39° 9.

Le 6, nuit très mauvaise, insomnie, agitation. Lochies sanguinolentes, fétides, plaques diphthéroïdes à l'orifice vulvaire, et sur les lèvres du col. Epistaxis dans la nuit, prostration, tympanisme abdominal, diarrhée fétide, pas de stomatite ; même traitement.

Epistaxis dans le jour, le soir le thermomètre monte à 40° 2.

Le 7, agitation, délire dans la nuit ; le matin, abattement complet ; lèvres sèches et fuligineuses, soif, diarrhée fétide involontaire, pas de stomatite. Pouls à 106°, température à 40° 2, même état de lochies et de plaques diphthéroïdes.

Curetage de la cavité utérine ramenant de nombreux débris de la caduque et du placenta maternel un peu odorants, suivi d'un lavage à la liqueur de Van Swieten et d'un pansement à la glycérine créosotée. Injection d'un gramme d'essence de térébenthine non filtrée dans l'épaisseur de la fesse droite. La malade n'a conscience ni de la piqure ni de l'injection.

A 5 heures, frisson très fort avec claquement de dents durant plus d'une demi-heure. Avant le frisson, le pouls était à 144, la température à 40° 8. Deux injections d'un gramme d'essence de térébenthine.

Le 8, un peu de sommeil dans la nuit, pouls à 112, température à 38° 6. La physionomie est meilleure, pas de stomatite, diarrhée fétide, utérus à deux travers de doigt au-dessous de

l'ombilic, indolore; tympanisme abdominal, pas d'éruption; lochies séro-sanguinolentes peu odorantes, plaques diphtéroïdes moins épaisses, incomplètes.

Une injection de un gramme d'essence de térébenthine.

Le soir, le thermomètre monte à 40°, 5^e injection d'un gramme d'essence de térébenthine, l'injection cause pour la première fois une douleur très vive.

Le 9, pouls à 104 le matin, le thermomètre à 38° 6, le matin, monte le soir à 39° 6. Amélioration notable de l'état général, appétit; la malade a pris hier trois potages et bu deux œufs. Lochies encore odorantes.

Le 10, 38° 5 le matin, 39° 6 le soir, un phlegmon s'est formé au niveau des piqûres, il est largement ouvert.

Le 11, pouls à 100, le thermomètre donne 38° 3 le matin, le soir 39° 2. Le fond de l'utérus est à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic; les lochies sanguinolentes sans odeurs, pas de plaques diphtéroïdes, écoulement de la plaie sero-purulent peu abondant.

Le 12, 38 le matin, 39 le soir, pouls à 96. Même état le 13.

Le 14, depuis hier la suppuration est abondante, jaunâtre, bien liée. Pouls à 84, thermomètre à 37° 2 le matin, à 37° le soir.

Du 15 au 18, le pouls se maintient à 80, le thermomètre de 37° à 37° 8. Le 18, la température s'élève à 39° 4 dans l'après-midi.

Le 19, 38° 4 le matin, 39° 5 le soir. Ce retour de la fièvre est dû à la stagnation du pus dans un clapier se vidant mal au fond de la plaie. Le clapier est largement ouvert, le lendemain, 76 pulsations, 38° le matin et le soir. Le thermomètre descend à 37° le 22 et les jours suivants.

La malade sort guérie au commencement du mois d'avril.

Les injections d'essence de térébenthine ont été faites au nombre de 5, à la fesse droite, en arrière du grand trochanter dans le tissu cellulaire profond de cette région, à deux centimètres environ l'une de l'autre, sans désinfection préalable de la seringue, de la peau, de l'essence. Quelques heures après chaque injection, une induration s'est montrée à son niveau, allant en augmentant les jours suivants, et arrivant à former en se réunissant aux indurations voisines une masse phlegmoneuse.

Au troisième jour, la peau qui recouvre le phlegmon rougit, s'épaissit, toute la région devient très douloureuse.

Le 10, 4 jours après la première injection, une incision est faite au milieu de la masse inflammatoire, incision longue de douze centimètres, profonde de deux centimètres au moins. Elle permet de constater l'existence de petits foyers purulents, entourés pour la plupart d'une zone noirâtre et çà et là de points grisâtres sphacelés.

Dans les premiers jours, la plaie est pansée avec de l'onguent styrax, et fournit un écoulement séro-purulent peu abondant. Trois jours après seulement, cette plaie donne un pus jaunâtre, bien lié, qui continue à se produire en grande quantité pendant une quinzaine de jours. Elle est alors pansée avec de la gaze boriquée, trempée dans une solution d'acide borique à 4 pour 100.

OBSERVATION VIII

(M. le professeur THIERRY, communication faite à la *Société de médecine de Rouen* (14 juin 1892).

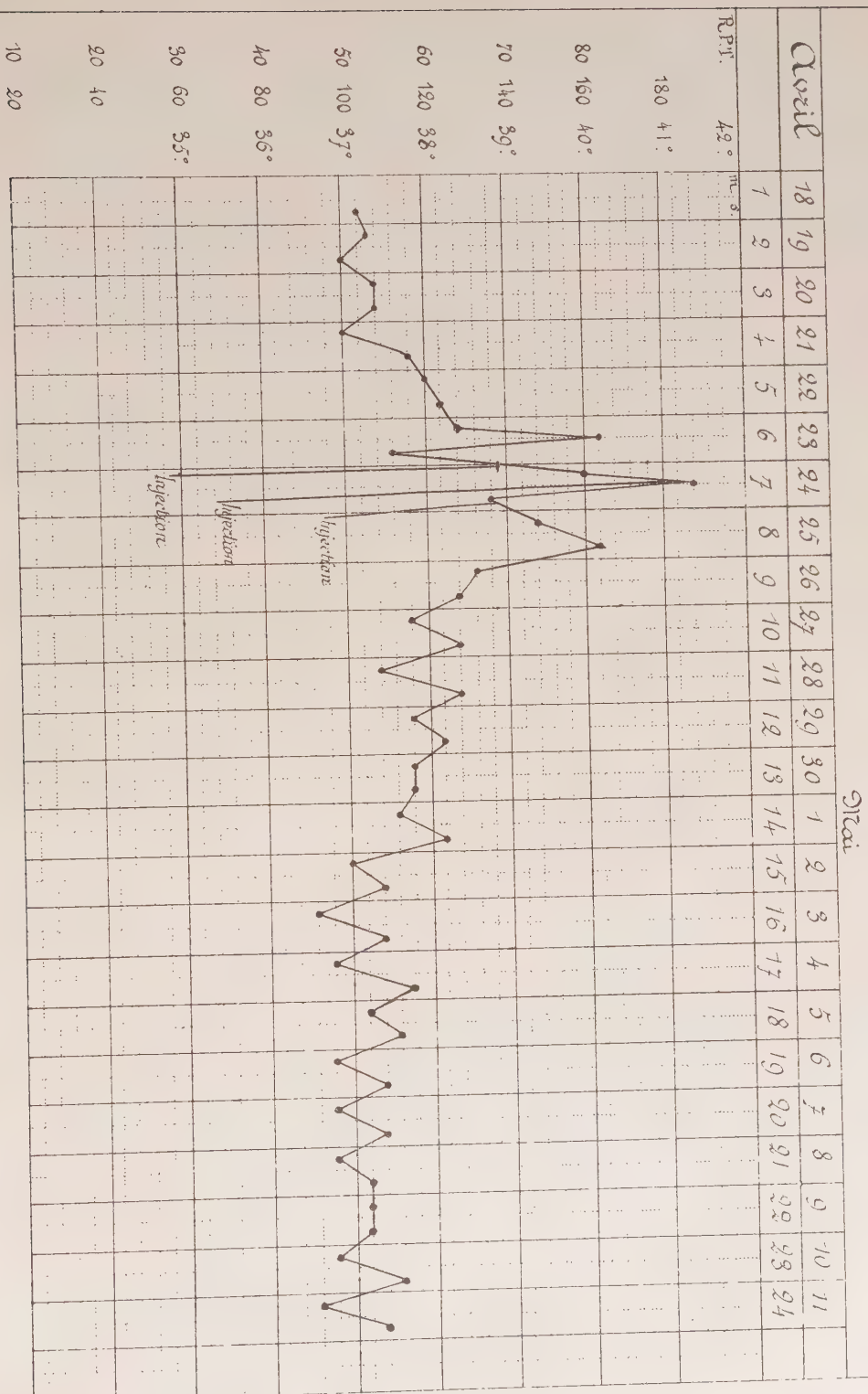
La femme V... (Alexandrine), âgée de 23 ans, ouvrière de filature, a été réglée pour la première fois à 17 ans et depuis assez régulièrement pendant trois jours chaque mois, avec des retards variant de 3 à 7 jours.

Elle a vu pour la dernière fois, en septembre 1891, n'a présenté pendant sa grossesse (la première) d'autre malaise à signaler qu'une diarrhée séreuse, se prolongeant pendant 4 mois, et assez abondante (3 à 6 selles par jour).

Elle entre à la Maternité pour y faire ses couches, le 18 avril 1892, accouche assez facilement à 7 mois, après 9 heures de travail. L'enfant se présente par le sommet, est né vivant.

Délivrance naturelle quelques minutes après. Rien à signaler pendant les premiers jours des suites de couche ; le 22, les lochies sont légèrement fétides.

23. — Le matin, lors de la visite, le pouls est à 104, le thermomètre à 38,4, la malade est de suite transférée dans la salle d'isolement. L'utérus est volumineux, à 5 travers de doigt, au-dessus de



la symphyse pubienne, indolore ; les lochies sont séro-sanguinolentes, peu odorantes.

Le cathéter donne 14 centimètres pour les dimensions verticales du corps et du col. Diphtérie d'une petite plaie périnéale de la cavité du col.

Curettage de la cavité utérine, suivi d'un lavage avec la liqueur Van-Swieten, et d'une cautérisation avec une solution de chlorure de zinc au cinquième.

Injection vaginale d'une solution de sublimé au millième toutes les 4 heures. Dans l'après-midi, frisson très fort, avec claquement de dents durant près de 40 minutes, suivi de chaleur et de transpiration abondante. 2 heures après, le thermomètre monte à 40°, 2 ; malaise général, tremblement des membres, agitation, délire.

L'état s'aggravant au commencement de la nuit vers 11 heures du soir, trois injections d'un gramme d'essence de térébenthine sont faites à la partie supérieure de la cuisse gauche, en arrière du grand trochanter.

24. — Insomnie, délire agité une partie de la nuit ; 40° à 8 heures du matin, à 9 heures frisson de 35 à 40 minutes de durée avec claquement de dents. A 11 heures, pouls à 160°, température à 41°, 4.

Météorisme abdominal, tension des parois ne permettant pas de limiter l'utérus, lochies fétides. Soif vive, refus d'aliments, tremblement de la langue et des membres. Gonflement notable de la partie supérieure de la cuisse gauche ; les injections ont donné lieu à un phlegmon à peine douloureux recouvert par la peau d'un rouge vif.

4^e injection d'essence de térébenthine, injections vaginales, lavement alimentaire.

Le soir, le pouls est à 124, le thermomètre à 38°, 6 ; 5^e injection d'essence.

25. — Délire bruyant une partie de la nuit, 39°, 4, 120 pulsations.

Les traits sont altérés, les ailes du nez pincées, se dilatant à chaque inspiration, même état général et local.

Le phlegmon de la cuisse est plus saillant, douloureux, la rougeur qui le recouvre s'étend un peu au-delà.

Le soir 40°, 2, pouls à 128, selle normale, après un lavement laxatif.

26. — La nuit a été encore mauvaise, agitée avec peu de sommeil. Cependant la fièvre diminue, le pouls à 92, le thermomètre à 38°,6.

Le ventre est souple, l'utérus à 4 travers de doigt de la symphise, non douloureux ; les lochies sont peu abondantes, séreuses, odorantes. Même état des plaques diphthéroïdes de la vulve, celles du col sont moins étendues. La langue est humide, encore tremblotante. La malade demande à manger. Le phlegmon est volumineux, saillant, douloureux à la pression, recouvert en partie de vésicules pleines d'un liquide trouble sanguinolent. Il est incisé dans une longueur de 15 centimètres et une profondeur de 3 centimètres. Ecoulement de sang assez abondant ; à la surface des lèvres de la plaie, 2 foyers hémorragiques, 7 foyers peu étendus remplis d'une matière purulente concrète. Le tissu cellulaire est grisâtre, résistant, comme infiltré d'une matière plastique.

Pansement de la plaie avec l'onguent styrax, recouvert de ouate imbibée d'une solution boriquée chaude.

Le soir, pouls à 92, thermomètre à 38°,4.

27. — Nuit bonne, 96 pulsations, 37°,8. Lochies séreuses sans odeur, un peu de tremblement de la langue et des membres, appétit.

Localisation du phlegmon, suppuration presque nulle, fausse membrane recouvrant la presque totalité de la plaie.

28, 29, 30. — Continuation de l'amélioration ; disparition des plaques diphthéroïdes de la vulve et de la cavité du col ; la plaie commence à suppurer le 30. 2 escharres développées au niveau d'injection commencent à se détacher des parties voisines qui se vascularisent, le pouls varie de 96 à 112.

1^{er} mai. — L'état général est satisfaisant, le pouls à 84, le thermomètre à 37°. La cavité utérine, la plaie vulvaire, fournissent un léger écoulement purulent, la plaie de la cuisse une suppuration abondante. L'amélioration continue tous les jours suivants, les escharres se détachent le 13 mai. La santé est excellente, la malade prend de l'embonpoint, commence à marcher le 22 et sort de l'hôpital le 10 juin.

OBSERVATION IX

(M. FERRAND DE RENNES, *Bulletin de la Société scientifique et médicale de l'Ouest*, 1^{er} trimestre 1893).

Madame C... de Saint-Malo, est âgée de 31 ans. Elle n'a jamais

eu d'autres maladies que la fièvre typhoïde, à l'âge de 26 ans, et est accouchée pour la première fois, à 28 ans, le 26 mai 1889. Le docteur Ferrand, de Saint-Malo, son médecin, constata une présentation du sommet en occipito-sacrée, avec arrêt au détroit supérieur. La dilatation était complète, la poche des eaux rompue depuis 5 heures et le travail durait depuis quarante-huit heures.

Avec l'assistance du docteur Ronsin qui donnait le chloroforme, le docteur Ferrand fit une application de forceps ; les tractions duraient depuis trois quarts d'heure et l'engagement ne paraissait pas s'effectuer, lorsque dans une traction un peu plus énergique, il se produisit un écartement considérable de la symphyse pubienne.

L'accouchement se fit alors facilement : l'enfant vivant pesait 5 kilog. 750 gr. Il paraît évident que, sans l'accident heureux d'écartement de la symphyse, il eut fallu sacrifier l'enfant. A cette époque, les observations de Pinard sur la symphyséotomie n'avaient pas encore paru ; ainsi que nous le disait notre confrère, en pareil cas, il n'hésiterait plus à pratiquer cette opération. L'application de bandes silicatées formant ceinture fut faite deux jours après l'accouchement, et deux mois et demi après, la malade marchait sans conserver trace de son accident.

Le second accouchement a eu lieu le 16 mai 1892, à onze heures du matin. Comme au premier, la tête se présentait en occipito-postérieure et n'avait pas de tendance à s'engager dans le bassin. M. Ferrand fit une application de forceps avec l'assistance du docteur Ronsin qui donna le chloroforme.

Les mains de l'accoucheur et le forceps avaient été aseptisés avec soin ; l'application fut facile relativement à celle du premier accouchement : il n'y eut qu'une très légère déchirure du périnée, pansée à l'iodoforme et dont la réunion s'effectua rapidement.

Aussitôt après l'accouchement, la malade perdit abondamment ; l'hémorrhagie devenant inquiétante, on dut achever de décoller la placenta qui vint en entier avec les membranes. Le seigle ergoté fut donné à la dose de deux grammes en deux fois, après lavage de la cavité utérine à l'eau bouillie et à 48°, additionnée de sublimé. Pendant près de trois heures, la malade fut dans un état syncopal alarmant qui nécessita plusieurs injections sous-cutanées d'éther.

Quoique très faible, Mme C... s'alimenta très suffisamment, les trois jours qui suivirent l'accouchement, et ne présenta aucune élévation thermique : elle ne ressentit du reste aucun autre malaise qu'une faiblesse très prononcée. On fit des injections vaginales antiseptiques trois fois par jour et la petite déchirure fut pansée avec soin à l'iodoforme.

Le 19 mai, quatrième jour après l'accouchement, éclata un violent frisson : le soir, la température était de 39° 8 et le pouls à 115. Administration de sulfate de quinine à la dose d'un gramme cinquante centigrammes, en trois fois, dans les vingt-quatre heures.

20 mai. — La température au matin est de 40 et au soir de 38°9. Les lochies n'ont pas d'odeur, le ventre est ballonné et un peu endolori. On continue le sulfate de quinine à la même dose et l'on fait sur le ventre des frictions d'onguent mercuriel belladonné.

Du 21 au 25 mai, la température se maintient entre 38°5 et 40°. La malade est prise de vomissements, le 25 au soir. Le champagne frappé, la potion de Rivière, l'application d'un vésicatoire au creux épigastrique sont impuissants à les arrêter. Le sulfate de quinine est donné en lavements.

26. — La température monte à 40° 1.

27. — Je vois la malade avec mes deux confrères, le docteur Ferland, de Saint-Malo, et le docteur Ronsin, de Paramé. Elle est fort pâle, amaigrie ; le pouls est faible et à 120, la température à 40°. La respiration est fréquente, mais on ne constate rien d'anormal du côté des poumons et du cœur. Les vomissements sont incessants et le ventre très ballonné. Un examen minutieux par le toucher vaginal et le palper abdominal combinés ne décèle aucun point douloureux dans la zone utérine. On ne trouve pas trace d'inflammation. L'écoulement lochial à peine coloré est très peu abondant et n'a aucune odeur. La seule modification apportée au traitement est l'administration du bromhydrate de quinine en injections sous-cutanées, celui-ci n'étant plus toléré par l'intestin. De plus, nous convenons, dans le cas où l'état ne s'amendrait pas, de faire une injection sous-cutanée d'essence de térébenthine, selon la méthode de Fochier.

Le lendemain 28 et le surlendemain 29, la situation devient

plus mauvaise : la température est à $43^{\circ} 3$, le pouls, très faible, est à 130 et la dyspnée a sensiblement augmenté.

Devant cette aggravation, le docteur Ferrand n'hésite pas à faire une injection d'un gramme d'essence de térébenthine au tiers supérieur de la face externe de la cuisse droite. Une heure après l'injection, la malade se plaint de souffrir horriblement, et ces souffrances durent pendant 7 heures. On cesse toute autre médication.

Le lendemain 30 mai, la température est à 39° .

Le 31 au soir, le thermomètre marque 38°

Le 1^{er} juin, il descend à $37^{\circ} 4$ le matin, et à $37^{\circ} 2$ le soir. Les vomissements ont cessé et la malade peut s'alimenter. La région où a été faite l'injection est rouge, tendue et très douloureuse à la pression.

A partir du lendemain 2 juin jusqu'au 11, il n'y a pas eu de fièvre. L'empâtement de la région douloureuse s'accroît chaque jour ; il occupe une surface de 12 centimètres de longueur sur 8 de largeur.

Le 11 juin, le docteur Ferrand fait l'ouverture du foyer purulent, par une incision de 8 centimètres. Il en sort un pus épais comme du mastic, mais peu abondant, et la plaie est pansée à l'iodoforme. La température qui, le jour de l'incision, était à 37° , s'est élevée, le lendemain, à $38^{\circ} 2$, pour retomber le soir même à 37° , sans désormais dépasser la normale.

Le 27 juin, la malade ne conserve plus qu'un peu de faiblesse ; son appétit et son sommeil sont excellents et elle se lève chaque jour.

Le volume de l'utérus est presque normal. L'organe est en légère antéversion, mobile, non douloureux lorsqu'on lui fait subir des mouvements de latéralité. Les annexes sont saines et les culs-de-sac parfaitement libres. La plaie de la cuisse est entièrement cicatrisée.

Observations de Pneumonies graves, traitées par la provocation
d'Abcès hypodermiques.

OBSERVATION I

(M. le Professeur Lépine de Lyon, *Semaine médicale*,
27 février 1892).

Homme de 36 ans, bien portant habituellement, est pris le matin du 16 janvier d'une pneumonie. Admis le même jour dans le service de M. Lépine, il présentait, le lendemain matin, de la fièvre ($40^{\circ} 2$), un pouls rapide et faible, de la matité, du souffle et des râles crépitants dans le tiers inférieur du poumon droit, des crachats visqueux, colorés et un peu d'albuminurie. Les jours suivants, persistance de la fièvre sans oscillations, extension de la pneumonie qui ne tarda pas à gagner la partie supérieure du poumon. A deux reprises (le deuxième jour de la pneumonie et le quatrième), on lui administra 4 milligrammes de digitaline cristallisée de nativelle. Elle produisit, surtout la deuxième fois, un léger abaissement de la température et accrut notablement, mais passagèrement, la force du pouls. Malgré ce traitement énergique, l'état, au cinquième jour de la maladie, avait beaucoup empiré et la respiration atteignait le chiffre de 80 par minute (!) ce qui tenait à la fois à l'envahissement de presque tout le poumon droit et à une congestion intense du poumon gauche avec bronchite concomitante, caractérisée par de nombreux râles sibilants et sous-crépitanants. La température dépassait $40^{\circ} 3$. En cet état de choses, bien que l'adynamie fût assez prononcée et qu'il n'y eût, sauf l'augmentation de la matité cardiaque, pas de signes bien évidents d'un engorgement du cœur droit (les jugulaires n'étaient pas tuméfiées et le foie ne débordait pas les fausses côtes), je voulus tenter, eu égard à la dyspnée, une émission sanguine: on retira un peu plus de 300 grammes de sang au malade, sans autre résultat qu'une légère amélioration de la

dyspnée et un abaissement temporaire de température le lendemain matin. On ne put tirer davantage de sang, parce que le pouls faiblissait et il paraît d'ailleurs certain qu'une soustraction plus considérable de sang n'aurait amené aucun résultat favorable.

Malgré l'administration de 3 milligrammes de digitaline cristallisée, immédiatement après la saignée et plusieurs injections de caféine, le pouls le lendemain était très faible. Le surlendemain, la température était remontée au-dessus de 40° ; les respirations étaient au nombre de 68 par minute ; l'état général ne s'était pas amélioré.

Les trois jours suivants (huitième, neuvième et dixième de la maladie), malgré un abaissement de la température, l'état devint de plus en plus mauvais ; le malade se mit à délirer chaque nuit. Le jour, l'adynamie était extrême, les crachats jusqu'alors visqueux devinrent franchement purulents.

A la vérité, le souffle avait disparu et on entendait de gros râles à l'auscultation du poumon droit ; mais il n'y avait en fait, pas plus résolution que véritable défervescence, malgré la diminution de la fièvre ; nous étions évidemment dans cette période bien connue qui précède immédiatement l'hépatisation grise, si tant est que celle-ci ne soit pas déjà sur certains points effectuée.

L'état ne faisait qu'empirer et on était arrivé au douzième jour de la maladie. Nulle apparence de résolution et d'autant moins d'espoir de défervescence tardive que, depuis 26 heures, la température accusait de nouveau une ascension progressive. Le malade était au plus mal.

N'ayant rien à perdre dans ces conditions, on essaye la méthode de M. Fochier.

Le 27 janvier (matin), douzième jour de la maladie, on injecte sous la peau, aux quatre membres, avec une seringue de Pravaz, un centimètre cube d'essence de térébenthine. Le soir la température s'éleva de deux dixièmes de degré (39° 3).

Le lendemain matin, l'empâtement phlegmoneux, au niveau des piqûres, s'accentue davantage ; la température s'élève un peu ; elle oscille entre 38° 5 et 39°. Les phlegmons en sont sans doute la cause, car le jour même où on les incisa, le 2 février (le dix-huitième jour de la maladie), la température tomba définitivement au-dessous de

38° et depuis lors elle a régulièrement oscillé entre 37° 4 et 37° 8. Quant à l'hépatisation du poumon droit, progressivement elle s'est résolue; la matité a diminué; les râles sont devenus plus rares et aujourd'hui ils ont complètement disparu. La sonorité est normale dans toute la hauteur et c'est à peine si une oreille prévenue peut percevoir un peu de diminution de murmure dans le côté droit.

L'état général est excellent; avant même l'incision des abcès le malade mangeait; depuis il a repris son poids normal.

Bref, au double point de vue de l'état général et de l'état local, le malade est guéri.

OBSERVATION II

(M. le Professeur DIEULAFOY, Paris, *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 25 mars 1892).

Une femme de quarante-sept ans entre dans mon service à Necker, le 25 février, pour une grippe qu'elle trainait depuis un mois environ. Les frissons, la céphalée, la toux, les vomissements, avaient été les symptômes dominants, mais depuis la veille, une douleur vive est apparue au côté droit de la poitrine avec dyspnée intense; râles crépitants et souffle bronchique à la partie moyenne du poumon droit. Les autres organes sont sains.

Le 25 février au soir, la température atteint 40 degrés; prostration grande; délire. L'agitation s'accroît; la pneumonie a gagné d'une façon diffuse tout le poumon droit, crachats rouillés, visqueux, adhérents.

Le 26, on constate, en outre, un début de congestion pulmonaire, à la base du poumon gauche. La température vespérale atteint 40 degrés. Le pouls est à 120. Au total, double pneumonie d'origine grippale, à tendance ataxo-adynamique précoce.

Le 27, l'état général s'est aggravé. Pouls petit, de mauvaise qualité à 140; trente-huit respirations par minute. La malade a déliré; elle répond à peine quand on l'interroge; adynamie profonde; crachats grisâtres, purulents, jus de pruneaux, et témoignant du passage de la pneumonie à l'hépatisation grise.

Les différents traitements institués (toniques surtout) ayant absolument échoué, je pense qu'il pourrait être utile de pratiquer des

injections sous-cutanées d'essence de térébenthine. J'attends néanmoins, hésitant encore, mais le soir, à quatre heures, *en présence de l'état tout à fait grave de la malade, dont le pouls misérable est à 150, en raison de l'état ataxo-adyanique, qui semblait du plus funeste augure, je me décide aux injections.*

Avec la seringue de M. Roux, stérilisée, on pratique à la partie externe et moyenne des deux cuisses, et à la région deltoïdienne des deux bras une injection d'un centimètre cube d'essence de térébenthine, soit quatre centimètres cubes pour les quatre injections. Celles-ci ont été faites, autant que possible dans la zone cellulaire sous-cutanée, mais il est probable que les injections aux cuisses ont atteint la couche inférieure du derme.

Ces injections ont provoqué une douleur extrêmement vive, qui a duré deux heures environ à l'état aigu.

Le lendemain matin, 28 février, je constate une légère amélioration : dyspnée moins vive, pouls à 130. L'auscultation donne, à peu de chose près, les mêmes renseignements que la veille.

Les régions qui ont été le siège des injections présentent un empâtement œdémateux, blanchâtre, diffus, plus étendu aux cuisses qu'aux bras, et de la dimension d'une main d'enfant environ.

Le soir, la température monte encore à 39° 6 ; mais bien que les crachats soient toujours purulents et jus de pruneaux, l'amélioration semble s'accroître.

Le 29, la dyspnée a presque disparu ; la malade a reposé une partie de la nuit ; le pouls est toujours à 130 ; mais il est plus fort que la veille, la langue est plus humide, la prostration a totalement disparu. Les râles et le souffle du côté droit ont perdu de leur intensité. Des râles sous-crépitants persistent du côté gauche.

A la région des injections, la tuméfaction s'est accentuée, mais la coloration blanchâtre a fait place à une teinte bronzée, sillonnée de travées presque violacées, rappelant l'aspect des phlegmons gangreneux. On ne trouve pas encore trace de fluctuation.

Le 1^{er} mars, l'état de la malade s'améliore franchement. Le pouls est à 110 ; les râles du poumon gauche ont presque disparu.

Il reste au poumon droit un souffle léger et des râles gros et humides dans presque toute son étendue. Les régions des injections ont un aspect livide et violacé qui me donne une certaine

inquiétude sur l'issue de ces phlegmons d'apparence gangreneuse; quelques phlyctènes ont même apparu.

Le 2, le malade est en pleine défervescence. Son état général est excellent. L'expectoration est composée de crachats muqueux, bien aérés. A dater de ce moment, du reste, la fièvre n'a pas reparu, quoique l'évolution des quatre phlegmons eût abouti à la purulence, comme nous allons le voir.

Le 3, l'amélioration continue. On ne trouve plus que des gros râles muqueux disséminés dans le poumon droit. L'état des parties phlegmoneuses ne s'est pas modifié.

Le 4, bien que la fluctuation ne soit pas encore manifeste au niveau des phlegmons, on pratique néanmoins, avec la seringue de Roux stérilisée, une série de ponctions profondes qui permettent de retirer du pus avec lequel on essaie des cultures qui restent stériles.

Le 5, la malade commence à manger.

Le 10, l'état est tout à fait bon. Fluctuation très nette au niveau des quatre phlegmons. On les ouvre, et un pus franchement phlegmoneux et abondant s'en écoule. Aux cuisses, le pus paraît moins franchement collecté; il est en partie infiltré dans les aéroles du derme. (Les incisions et les pansements consécutifs ont été faits, bien entendu, avec toute la rigueur antiseptique).

On essaie de nouvelles et très nombreuses cultures avec le pus retiré de ces quatre phlegmons: même résultat négatif que précédemment. Une seule culture a donné du *staphylococcus albus*, mais elle avait été pratiquée non pas avec du pus des parties profondes, mais avec la sérosité louche d'une phlyctène sous-cutanée.

Le 18 mars, les phlegmons des épaules sont presque guéris; de nouvelles cultures essayées à cette date restent encore stériles. Les phlegmons des cuisses, celui du côté gauche notamment, se sont terminés par une escharre qui a été éliminée quelques jours après sans incidents.

OBSERVATION III

(M. BARD, de Lyon. — Observation 1901 de la collection de M. Bard, *Lyon médical*, 17 avril 1892).

L... (Onésime), 49 ans, tailleur d'habits, entré le 25 février 1892 dans la salle Saint-Pierre, n° 3; sorti le 25 mars 1892.

Père mort à 49 ans, d'affection de la poitrine. Mère vivante (34 ans).

Trois frères et deux sœurs en bonne santé. Une sœur morte à 25 ans d'affection indéterminée.

Pas de maladies dans l'enfance. Pas de rhumatisme, un peu d'alcoolisme, pas de syphilis. Le malade est assez sujet au lombago.

Tousse un peu pendant l'hiver depuis 4 ou 5 ans. N'a jamais eu d'hémoptysie.

Bonne santé habituelle.

Il y a deux ans, le malade a eu l'influenza. Il n'a jamais gardé le lit. Pendant une quinzaine de jours, il a eu à cette époque chaque nuit de fortes quintes de toux, se répétant assez fréquemment pendant deux ou trois heures. Dans la journée, le malade pouvait faire son travail ; il n'avait pas d'accès d'oppression et toussait très peu.

Son état s'est très amélioré et le malade s'est bien porté jusqu'au 18 février 1892. Ce jour-là, après son repas de midi, il a été pris tout-à-coup de frissons assez intenses et d'une violente céphalalgie.

Le lendemain, point de côté à droite, avec oppression et toux assez fréquente. Le malade a eu un vomissement.

Depuis ce jour il a de temps à autre quelques frissons ; le point de côté persisté ; la toux, peu fréquente dans le jour, le devient beaucoup pendant la nuit et par accès.

Actuellement faciés terreux. Céphalalgie assez intense.

Les urines contiennent un peu d'albumine.

27 février. — Submatité dans toute l'étendue du poumon droit en arrière, mais la matité véritable n'existe que dans les deux tiers supérieurs et ne devient absolue que dans la fosse sus-épineuse. A ce niveau, on constate du souffle aux deux temps prédominant à l'expiration ; quelques râles humides inspiratoires assez gros, d'ailleurs peu nombreux, et un retentissement bronchophonique de la voix haute.

Au-dessous de ce point, la respiration est obscure, sans souffle, pour redevenir normale à l'extrême base. En avant, la sonorité est tympanique sous la clavicule droite, mais il n'y a rien d'anormal à l'auscultation.

Expectoration assez abondante mais liquide, et présentant une coloration ambrée.

Rien d'anormal à gauche, peut-être un peu d'obscurité au sommet en arrière.

L'état général est peu satisfaisant, le malade est très affaibli, mais la dyspnée est modérée.

Le pouls est petit, de faible tension. Les radiales sont athéromateuses, roulent sous le doigt.

Les bruits du cœur sont très sourds. Pas de bruit anormal. On fait ce matin à la face externe du bras droit une injection hypodermique de $\frac{3}{4}$ de centimètre cube d'essence de térébenthine.

29 février. — Le malade se trouve beaucoup mieux depuis hier soir, il a un peu dormi la nuit et ce matin l'état général paraît bon. La température, après un abaissement momentané, est remontée hier soir, à 39°,9.

L'injection a provoqué une cuisson immédiate qui a rapidement disparu. Le malade dit que la douleur ultérieure a débuté environ deux heures après l'injection, elle était plus vive dans l'avant-bras et dans la main qu'au niveau de la piqûre.

Actuellement on constate au niveau de la piqûre de la rougeur et un empâtement diffus. Pas de fluctuation. Le gonflement s'étend jusqu'à la région du coude.

La dyspnée a disparu. La sonorité est normale au niveau du foyer pneumonique. La respiration a repris son amplitude ; on y constate à peine quelques râles fugaces.

L'expectoration, très peu abondante, est claire avec des parties de coloration safran.

1^{er} mars. — La température s'est abaissée ce matin presque à la normale. Le malade se trouve très bien, il ne se plaint plus que de son bras, qui présente le même gonflement diffus, mais on n'y constate pas d'empâtement localisé ni de fluctuation.

Les phénomènes d'auscultation sont toujours normaux ; cependant l'expectoration présente toujours une teinte safran, mais elle est claire, gommeuse et adhérente.

2 mars. — Il existe au niveau de l'injection, sur une étendue de

quatre ou cinq travers de doigt en hauteur, un décollement fluctuant qui se distingue nettement d'un œdème plus étendu qui arrive jusqu'à l'extrémité inférieure de l'avant-bras. Cet œdème est aujourd'hui plus mou que les jours précédents et garde l'empreinte du doigt.

On fait ce matin une incision verticale dans le décollement. Le pus est situé assez profondément et séparé de la surface par une zone œdémateuse non suppurée. L'incision donne issue à un pus sans odeur, assez abondant, mal lié.

3 mars. — Le malade n'a plus de toux, plus de quintes. Expectoration à peine appréciable.

Le pansement n'a pas été fait depuis hier ; il contient une quantité de pus relativement modérée.

La pression amène un peu de pus des culs-de-sac voisins, mais il existe surtout un bourbillon infiltré de pus qui fait saillie entre les lèvres de la plaie. On avait placé un drain hier qu'on enlève aujourd'hui.

5 mars. — La température provoquée par l'abcès s'est abaissée graduellement et a atteint la normale d'hier.

L'œdème du bras a complètement disparu. La plaie bourgeonne vivement et laisse émerger un bourbillon cohérent et adhérent. La pression amène un peu de pus de la partie postérieure et inférieure de la plaie.

Les crachats sont décolorés et ne présentent plus guère que de la salive.

8 mars. — La plaie bourgeonne activement ; la tuméfaction périphérique a complètement disparu et la suppuration est très-faible.

25 mars. — Le malade part pour Longchêne complètement rétabli, mais la plaie de l'abcès n'est pas encore tout à fait cicatrisée, il persiste un décollement peu étendu qui permet encore le glissement des lèvres de la plaie sur la gaine aponévrotique des muscles sous-jacents.

Températures du malade.

25 février	Matin	39°,2	Soir	39°,6
26 —	—	39°,0	—	39°,7
27 —	—	39°,2	—	38°,6 (1).
28 —	—	38°,5	—	39°,9
29 —	—	38°,9	—	39°,7
1 ^{er} mars	—	37°,9	—	39°,2
2 —	—	38°,1	—	38°,9
3 —	—	37°,5	—	38°,1
4 —	—	37°,2	—	37°,5

La température descend encore jusqu'au 9 où elle est le matin de 36°,8, le soir de 36°,9 ; le 10 elle est le matin de 36°,7, le soir de 37°,2 ; puis elle n'oscille plus qu'entre 37° et 37°,4.

OBSERVATION IV

(M. Raoul (de Serginnes, Yonne), *Revue générale de clinique et thérapeutique*, 11 mai 1892).

Le 11 avril je suis appelé auprès d'un malade, R..., 26 ans, manouvrier ; le 10, dans la matinée, il a éprouvé un violent frisson avec point de côté intense à droite, en dehors du mamelon.

A ma visite, le point de côté est étendu, la respiration est à 35, la température à 39° 5 et le pouls à 110°.

A l'auscultation, souffle tubaire dans les 2/3 supérieurs du poumon droit en arrière, matité à la percussion ; crachats sanglants.

Traitement : 8 sangsues *loco dolenti*, purgation au citrate de magnésie et 4 granules de digitaline amorphe au 1/2 milligramme ; pour le soir, solution thymolée à 1/1000^e pour l'antisepsie buccale.

Le 12, respiration 35, pouls 80°, température 40° ; injection de morphine pour le point de côté qui persiste, potion bromurée au chloral contre l'agitation de la nuit.

Le 13, température 39°, pouls 85°, respiration 45 ; un grand

(1) 10 heures après l'injection environ.

vésicatoire est appliqué. Potion tonique, piqure de morphine, ventouses sèches. Dans la soirée, l'oppression est excessive, délire, agitation, nouvelle application de ventouses.

Le 14, la dyspnée est intense, respiration 55, température 39° 5, pouls 115, ventouses, bromure et chloral. A 4 heures du soir, délire, adynamie, respiration 60, le pronostic s'assombrit, injection de caféine.

Le 15, le matin à ma visite, situation toujours aussi mauvaise, ventouses sèches, caféine.

A 5 heures du soir, aggravation, la famille compte sur une issue fatale, j'ordonne 3 granules de digitaline au 1/2 milligramme.

A 10 heures, dans la nuit, on vient me mander précipitamment. L'état du malade est en effet alarmant, respiration 80, respiration haletante et angoissante, face violacée, température 38° 5, pouls 120. En présence de la gravité de la pyrexie de la maladie, je pense à la saignée, mais j'y renonce en raison de la faible constitution du patient; de nombreuses ventouses sont appliquées; deux injections de caféine à 0,20 centigrammes sont faites.

Après deux heures d'hésitation, et considérant la mort comme inévitable, je me décide aux injections d'essence de térébenthine. Deux injections sont faites à la dose de 1 gramme, à droite, l'une à la région deltoïdienne, l'autre à la cuisse (région moyenne externe). La douleur fut vive et dura plusieurs heures.

Le 16, le matin à 8 heures, détente sensible, respiration 48 au lieu de 80, température 39° 5; le malade se sent beaucoup mieux, je fais néanmoins une piqure d'éther et une piqure de caféine et le soir un granule de digitaline.

Le 17, l'amélioration persiste, malgré un nouveau point de côté à gauche, où j'observe de la congestion pulmonaire.

Respiration 36, pouls 72°, température 39°. On applique un vésicatoire à gauche.

Le 18, défervescence, température 37°, respiration 25, pouls 54, l'expectoration est facile et abondante.

Les 19, 20, 21, 22, les phlegmons se développent, à la cuisse l'empatement présente la grandeur d'une main d'adulte.

Le 23, incision à la cuisse, il ne s'écoule que du sang, cataplasmes phéniqués.

Le 24 le pus s'est fait jour à travers l'incision pratiquée le 23.

Ouverture des phlegmons de la région deltoïdienne ; pus abondant, jaune, épais.

L'analyse de ce pus faite à l'hôpital Bichat ne renfermait pas de pneumocoques.

On y voyait quelques globules de pus altérés, quelques microcoques disposés en 8 de chiffre et quelques bacilles sans caractère.

OBSERVATION V

(M. GINGEOT, médecin des hôpitaux, *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 13 mai 1892).

Le nommé X., âgé de 29 ans, débardeur, bien constitué, n'a d'autre antécédent morbide actuellement intéressant qu'une maladie aiguë, qualifiée par lui de fluxion de poitrine, contractée vers l'âge de quinze ans, et terminée, après une durée de trois semaines, par le retour à la santé la plus parfaite.

X..., est un grand buveur, et chaque fois qu'il se livre à des excès bachiques, il ne manque jamais d'avoir un flux hémorroïdal très abondant.

Le 29 mars dernier, cet homme tombe malade brusquement : point de côté violent sous le mamelon droit, frisson intense et unique la nuit suivante.

Admis à St-Antoine le 1^{er} avril, c'est-à-dire le quatrième jour de sa maladie, le patient présente alors les symptômes dont voici le résumé

Pommettes rouges, mal de tête, courbature, point de côté persistant, dyspnée manifeste, langue sèche, évacuations diarrhéiques, pouls à 90, plein et régulier, température 39° 8, toux pénible, crachats spumeux, ambrés, adhérents, urine légèrement albumineuse. Comme signes physiques, on ne relève qu'un peu de submatité vers la fosse sous-épineuse droite, avec affaiblissement du murmure vésiculaire dans le même point.

Le 2 avril, les signes physiques sont à peine plus marqués que la veille. Après la toux seulement, on parvient à saisir, dans le point reconnu hier, quelques bouffées de râles crépitants très fins et très peu nombreux. Légère tendance bronchophonique, pas de pectoriloquie aphone. Crachats plus adhérents et plus ambrés.

L'état général est sensiblement le même ; un peu d'agitation, mais point de délire.

3 avril. — Baisse thermométrique de plus d'un degré dans la matinée, soit 38° 8. Le soir, nouvelle baisse, le thermomètre tombe à 38°. Le pouls reste régulier, l'état général n'est pas mauvais. Il semble que la défervescence légitime ait commencé.

Mais le lendemain, 4 avril, huitième jour de la pneumonie, nous apprenons que la nuit a été très mauvaise, qu'il y a eu de l'agitation, du subdelirium. La température monte le matin à 39° 2, elle atteint le soir 39° 8. Le pouls, sans être irrégulier, s'est élevé à 110. Quant aux signes physiques, ils sont, cette fois, absolument nuls.

5 avril, neuvième jour. — Le subdelirium a fait place à un délire intense. La température avoisine toujours 40° (rigoureusement 39° 8), et l'état général s'est notablement aggravé.

On constate en avant, à la partie inférieure du poumon, une zone de matité assez étendue, au niveau de laquelle s'étend un souffle tubaire éclatant mêlé de quelques râles secs et fins. Les crachats, plus abondants que précédemment, ont passé de l'aspect ambré à une teinte grisâtre ; on y trouve quelques pneumocoques, une énorme quantité de streptocoques, et d'autres cocci de types divers.

En présence d'une situation aussi alarmante, je recommande à mon interne, M. Sergent, de recourir, le soir, aux injections d'essence de térébenthine, s'il n'est survenu aucune détente.

Or, le même jour, à trois heures de l'après-midi, loin qu'il y ait une détente, la température s'élève à 40° 4 ; le patient est couvert d'une sueur froide, le délire persiste, l'agitation est extrême, et l'affaiblissement a fait de grands progrès. Beaucoup d'albumine dans les urines, toujours de la diarrhée.

Le cœur, soutenu sans doute par le traitement mis en usage, stimulants alcooliques, injections d'éther, injections de caféine, se contracte assez bien ; toutefois les pulsations atteignent maintenant 120 par minute.

Enfin les lésions locales se sont considérablement étendues : des râles s'entendant aux deux temps de la respiration et légèrement humides, ressemblant, par conséquent, à des râles sous-crépittants, sont mélangés au souffle ; celui-ci est encore plus éclatant

que le matin, occupe toute la hauteur du poumon en avant, le creux axillaire, la partie postérieure du sommet et, dans ce dernier point naguère intact, on trouve maintenant une certaine matité à la percussion.

Cela étant, M. Sergent injecte sous la peau de chacun des quatre membres, bras et cuisses, un gramme d'essence de térébenthine, soit en tout quatre grammes de cette substance. Bien entendu les précautions antiseptiques ont été prises.

Deux heures après, la température tombe de $40^{\circ} 4$ à $39^{\circ} 4$. On examine les urines : l'albumine y est toujours aussi abondante.

A onze heures du soir, le patient dort d'un sommeil passable ; continue à transpirer, le pouls est à 96.

Les injections ont donné lieu à de vives douleurs, les régions où l'on a fait les piqûres sont rouges, dures et tuméfiées, dans une étendue assez grande : le membre supérieur droit, notamment, présente un commencement d'œdème généralisé.

Le 6 avril au matin, dixième jour de la maladie, le thermomètre marque 39° . La nuit a été calme, l'état général est meilleur, pas d'agitation, pas de délire. Toujours de la transpiration, toujours de l'albuminurie. Les crachats sont d'un jaune grisâtre sale, plus aérés, moins adhérents.

Les signes physiques paraissent les mêmes que la veille, sauf que les râles sont plus nombreux, quelques-uns crépitants, la plupart sous-crépitan.

Aux membres, l'enflure a augmenté, on sent des ganglions tuméfiés dans l'aisselle gauche. Le membre supérieur droit est beaucoup plus œdématié qu'hier, et la moitié inférieure, dure, douloureuse, est apparemment doublée de volume. Des phénomènes semblables, mais moins accusés, s'observent aux cuisses.

Le 8 avril, on constate que les signes d'hépatisation ne sont plus ou presque plus appréciables. Les crachats ont pris l'aspect de ceux qu'on observe dans la bronchite vulgaire. L'état général est très amendé. La température, stationnaire à $38^{\circ} 8$ pendant les dernières trente-six heures, tombe le matin à $38^{\circ} 2$ et le soir à 38 degrés seulement.

Les points où l'essence a été injectée sont de plus en plus œdématiés et violacés, sauf à la cuisse gauche où la peau a conservé

une couleur normale, tout en étant soulevée par une légère induration.

Le 9 avril, l'examen physique des poumons ne révèle plus aucun phénomène pathologique, matité, râles ou souffle. Des abcès fluctuants existent maintenant aux quatre membres.

Le 10 avril, en présence de notre collègue M. Netter, que je remercie cordialement de son très obligeant concours, on ouvre l'abcès du bras droit, le plus volumineux des quatre et le plus proche de la lésion pulmonaire. Il en sort 3 ou 400 grammes d'un pus bien lié, verdâtre et présentant l'odeur de la térébenthine ; cette odeur est particulièrement accusée dans un paquet de tissu cellulaire sphacélé qui vient faire hernie entre les lèvres de la plaie opératoire et qu'on enlève comme un bourbillon. Le pus est recueilli au moyen de pipettes stérilisées, pour être soumis à l'examen dont M. Netter veut bien prendre la charge. Pansement humide au bichlorure.

A la contre-visite, le malade se déclare très soulagé : son bras n'est presque plus douloureux.

12 Avril. — On incise l'abcès du bras gauche ; le pus et l'espèce de bourbillon qui l'accompagne ont les mêmes caractères que ceux fournis dans le premier abcès.

Le 13 avril, l'abcès de la cuisse droite est ouvert à son tour, et les pansements des bras sont renouvelés. Au membre supérieur droit, l'œdème existe encore, il semble même avoir augmenté au niveau de la main ; néanmoins la douleur est réduite aujourd'hui à fort peu de chose.

Pour la première fois, la journée s'écoule sans aucun mouvement fébrile. A dater du 8, la température tombait bien, le matin, au-dessous de 38°, mais, le soir, elle s'élevait de nouveau jusqu'à ce degré ; dorénavant le thermomètre oscillera régulièrement autour de 37°, sans jamais dépasser 37° 4 ni descendre plus bas que 36° 8.

14 avril. — On ouvre l'abcès de la cuisse gauche, abcès bien moins douloureux au palper que les trois autres et qui, chose étrange, ne s'est jamais accompagné de rougeur ou de chaleur des téguments. Cette absence de réaction locale avait conduit à essayer d'abord une simple ponction aspiratrice ; mais le trocart s'étant bouché, le bistouri a terminé la scène en donnant issue à un pus de tous points comparable au pus des collections précédemment ouvertes.

A partir de ce jour, le malade peut être considéré comme virtuellement guéri. Les incisions se ferment rapidement, les points tuméfiés reviennent à l'état normal ; bientôt il ne reste plus d'autres vestiges des abcès que quatre petites cicatrices correspondant aux quatre ouvertures. Les fonctions des membres s'accomplissent régulièrement ; à dire vrai, la pression de la main gauche donne 60 au dynamomètre, contre 45 fournis par la main droite, mais le patient, bien que droitier, a toujours eu, paraît-il, moins de force dans le membre supérieur droit que dans l'autre.

7 mai. — Le sieur X... est envoyé à Vincennes pour parfaire sa guérison.

Le pus de trois abcès étudié par M. Netter a été trouvé absolument *amicrobien*. Dans un seul abcès, notre savant collègue a trouvé quelques rares microbes sans caractères propres, mais il n'a pu reconnaître la présence d'un seul germe pyogène.

OBSERVATION VI

(M. RENDU, *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 13 mai 1892).

Homme d'une soixantaine d'années, amené à l'hôpital au 11^e jour d'une pneumonie, déjà cyanosé, presque sans pouls, au moment où je le vis pour la première fois ; le malade succombe deux heures après une injection d'essence de térébenthine qui ne produisit ni réaction locale, ni générale.

OBSERVATION VII

(M. RENDU, *id.*).

Homme âgé qui avait plutôt de l'hypothermie que de l'hyperthermie, ne sortit pas de son collapsus malgré l'injection de quatre centimètres cubes d'essence de térébenthine. La mort survint le jour de son entrée à l'hôpital.

OBSERVATION VIII

(M. RENDU, *id.*).

Homme âgé de 47 ans, entré avec les signes d'une broncho-pneumonie, surtout localisée au poumon droit, et qui après une

ébauche de défervescence vers le 7^e jour avait fait une rechute. Les signes d'hépatisation s'étaient étendus, en même temps que l'état général redevenait mauvais. La température oscille toujours entre 39° et 39°,5, sans hyperthermie véritable. Le treizième jour, je trouvai le malade avec des symptômes asphyxiques plus accusés, de la cyanose, des râles muqueux diffus mêlés au souffle, un état de collapsus général.

Je lui pratiquai aux deux bras des injections d'essence de térébenthine, après avoir essayé inutilement, pendant les jours précédents, la caféine et l'acétate d'ammoniaque.

Contrairement à mes prévisions, l'injection ne fut suivie d'aucune réaction locale ; il ne se produisit, au point des piqûres, ni rougeur, ni douleur, ni œdème ; le malade continua de s'asphyxier graduellement et succomba le lendemain matin, vingt heures après l'injection.

A l'autopsie on constata que les téguments des bras au lieu de l'injection étaient absolument intacts ; une incision pratiquée en ce point ne révéla ni œdème, ni vascularisation anormale, ni lésions congestives du tissu cellulaire, à plus forte raison pas d'accumulation de leucocytes.

OBSERVATION IX

(M. CHANTEMESSE, médecin des hôpitaux, *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 27 mai 1892.)

R., âgé de quatre-vingts ans, entre à l'infirmerie de l'hospice des Ménages pour une bronchite à pneumocoques bientôt compliquée d'une pleurésie double.

Le 1^{er} avril, le malade est pris de pneumonie avec adynamie précoce et œdème des membres inférieurs.

Le 3 avril, la situation devient très grave et on se décide à faire, dans le tissu cellulaire sous-cutané de chaque membre, une injection de un centimètre cube d'essence de térébenthine. Il y avait à ce moment 18,000 globules blancs par millimètre cube de sang. Le soir le malade n'accuse aucune douleur ni gonflement local. Même quantité de leucocytes dans le sang. Le lendemain une seule des piqûres a amené une réaction locale avec rougeur diffuse et empâtement profond. L'état général a empiré. Même nombre de globules blancs. Mort à trois heures.

OBSERVATION X

(M. CHANTEMESSE, id.)

Homme de soixante-dix ans, entré à l'infirmerie des Ménages, le 5 avril 1892. Pneumonie du sommet droit : température, 40° 6.

Les 5 et 6 avril, l'état général s'aggrave ; température oscille entre 40° 6 et 40° 2.

Le 7 avril, même état, 20,000 globules blancs par millimètre cube. Injection de un centimètre cube d'essence de térébenthine sous la peau de chaque membre. Le soir, pas de souffrances, même nombre de globules. Température 40° 6. Une seule des piqûres présente un empâtement profond sans chaleur ni rougeur.

Le 8 avril, réaction assez intense au niveau des piqûres des membres supérieurs. Rien aux membres inférieurs. Température, matin 40° 2, soir 40° 6. Même nombre de globules blancs. Mort dans la nuit.

OBSERVATION XI

(M. CHANTEMESSE, id.)

Homme de quatre vingt-sept ans, entré à l'infirmerie des Ménages, le 10 avril. Pneumonie du lobe inférieur du poumon droit. Température soir 39° 8.

Le 12 avril, l'état s'aggrave, température 40°. 13,000 globules blancs dans le sang. Injection de un centimètre cube de térébenthine aux quatre membres. Douleur intense qui nécessite une injection de morphine. Le soir 40°.

13 avril. — Empâtement sans rougeur ni chaleur au niveau des piqûres. Palpation réveille douleur. Le malade est râlant. Globules 11.700. Mort le 14.

OBSERVATION XII

(M. CHANTEMESSE, id.)

Homme de soixante-sept ans, entré à l'infirmerie des Ménages, le 23 avril. Pneumonie du lobe inférieur du poumon gauche. La température oscille entre 40°,5 et 38°,2.

26 avril. — Ictère, crachats verdâtres, subdélire.

27 avril. — Temp. du matin, 39°,2, 30.000 globules blancs. Injection de 2 centimètres cube d'essence de térébenthine. Soir, Temp. 42°,2 Même nombre de globules.

28 avril. — Réaction locale avec œdème rouge de la peau, sans grande douleur. Temp. matin, 38°,2 ; soir, 39°,8. Même nombre de globules.

29 avril. — Mort à 8 heures du matin.

OBSERVATION XIII

(M. CHANTEMESSE, id.).

Homme de soixante-dix-neuf ans, entré à l'infirmierie des Ménages, le 1^{er} mai. Pneumonie du lobe inférieur droit. Temp. 39°,2, soir 39°. Les jours suivants l'état général s'aggrave, la température oscille autour de 40 degrés.

7 mai. — Etat grave, 40.000 globules blancs. Injection de 4 centimètres cubes d'essence de térébenthine. Soir même état, même leucocytose. Mort dans la nuit.

OBSERVATION XIV

M. CHANTEMESSE, id.).

Homme de soixante-sept ans, entré à l'infirmierie des Ménages, le 4 mai. Pneumonie du lobe inférieur gauche. Temp. soir, 40 degrés. Les jours suivants l'état s'aggrave ; la température reste autour de 40 degrés.

7 mai. — Température du matin, 40°,2, 14.000 globules blancs. Injection de 1 centimètre cube sous la peau de chaque membre, soir, 40°,8.

8 mai. — Réaction locale intense, temp. 40 degrés. Le bras gauche est très gonflé, rouge, œdémateux, douloureux. La numération des globules blancs, faite plusieurs fois dans la journée, donne 5.000. Temp du soir 40°,6.

9 mai. — Grande agitation, incohérence de paroles. Temp. matin 40 degrés, soir 40°,4. Globules blancs 9.000. Mort dans la nuit.

OBSERVATION XV

(M. CHANTEMESSE, id.).

Nous a été obligeamment communiquée par notre collègue, M. Deny.

Homme de trente-et-un ans atteint d'une pneumonie lobaire du sommet droit. Délire alcoolique. Au septième jour, la situation devenant grave, à cause du collapsus imminent, on fait sous la peau des membres deux injections avec 1 centimètre cube d'essence de térébenthine. Le soir, la température qui était le matin à 39 degrés, a atteint 39°,4 ; peu de réaction au niveau des piqûres. Légère amélioration de l'état général. Le lendemain, temp. 39°,4, le matin, et 39°,6 le soir. Le surlendemain, subdelirium. Temp. 39°,6 le matin et 40°,5 le soir ; les phénomènes s'aggravent. La mort survient le dixième jour, quatre-vingt-deux heures après les piqûres.

OBSERVATION XVI

(M. CHANTEMESSE, id.).

Femme de soixante-neuf ans, vigoureuse, fracture compliquée de la jambe gauche suivie d'une phlébite de la veine crurale gauche. Au bout de cinq semaines, sous l'influence d'efforts, embolies pulmonaire et fièvre irrégulière qui fait osciller la température entre 35°,2 et 39 degrés.

24 mars. — Sous la peau des trois membres sains, on fait trois injections de 1 centimètre cube d'essence de térébenthine. Une heure après surviennent des douleurs extrêmement intenses qui durent toute la journée et la nuit. Dès le lendemain la température s'élève à 39°,4 et 40 degrés. Réaction inflammatoire intense au niveau des piqûres. Les jours suivants la température baisse régulièrement, en faisant chaque jour, entre les températures similaires du matin et du soir une chute de 2 à 3 dixièmes de degré. A partir du 1^{er} avril la température oscille entre 37°,2 et 38°2.

11 avril. — Les régions tuméfiées au niveau des piqûres contiennent manifestement du pus fluctuant. Ponction laisse sortir du

pus blanchâtre très épais, contenant globules blancs à protoplasma volumineux complètement privé de germes.

16 avril. — On vide les abcès par ponction et aspiration, on retire une grande quantité de pus. La malade est sans fièvre, mais elle est amaigrie et considérablement abattue. Elle tombe peu à peu dans le collapsus et succombe le 28 avril après avoir présenté, dans les deux jours qui ont précédé la mort, une assez forte élévation de température. L'autopsie a montré au niveau des piqûres des collections purulentes assez volumineuses à parois déchiquetées. Les reins et les poumons étaient congestionnés. Les lésions anatomiques ne donnaient pas une explication satisfaisante de l'état d'adynamie profonde où était tombée la malade.

OBSERVATION XVII

(M. le Professeur Olivier, de Rouen, *Bulletin médical*,
6 juillet 1892).

Il s'agit d'une pneumonie chez un homme de 54 ans, débile, pâle, ayant eu, à 17 ans, une fièvre typhoïde, la grippe il y a deux ans, avec pneumonie, à cette époque. Dans tous les cas, santé délicate depuis ce moment. Le 25 mars, malaise dans l'après-midi. Le 26, frissons répétés, point de côté à gauche, en arrière du mamelon, toux, oppression, soif, inappétence, insomnie.

Il entre à l'Hôtel-Dieu le 27 mars 1892.

Très oppressé à son entrée, avec respiration fréquente. Pas de modification du son à la percussion. vibrations normales. Il présente à l'auscultation du souffle en arrière, à gauche, occupant les 2/3 environ du poumon, avec des râles crépitants, crachats sanguinolents.

Rien au cœur. Pas d'albumine dans l'urine. T. a. 39°6. Potion de Todd, vésicatoire.

Les 28, 29. — La pneumonie s'élève en hauteur et dans l'aiselle, crachats ambrés, visqueux.

Les 30, 31 mars. — Délire la nuit, liqueur d'Hoffmann, acétate d'ammoniaque ; râles s'entendent en avant, ainsi que du souffle ; il y a de la matité jusque sous la clavicule. Les crachats sont, quelques-uns ambrés, la plupart purulents : la température qui

avait, dès les premiers jours, oscillé entre 39°,6 et 39°,2, monte à 40°,2 le 1^{er} avril au soir. Resp. : 64, P. : 92, faible. Langue sèche.

Le 2 avril au matin. — T. 40° avec mêmes symptômes de dépression, de délire. Resp. : 60. P. 100. Il ne parut pas prudent d'attendre plus longtemps la résolution d'une pneumonie parvenue, au moins en partie, à la période d'hépatisation grise, et l'on fit aux deux avant-bras et aux cuisses une injection d'une seringue de Pravaz d'essence de térébenthine.

La piqûre fut peu douloureuse et ne donna lieu à rien de particulier.

Le soir. T. 40°,2. Resp. 60. P. 100.

Le lendemain, 3 avril, malade affaibli. Resp. : 48. P. : 88°. T. 38°, 6 le matin, 38°,8 le soir ; le délire continue.

Rougeur au niveau des piqûres, tension de la peau, œdème de la main.

Le 4. — T. 38°,2. P. 44°, R. 84°.

Le 5. — La matité persiste en avant, avec augmentation des vibrations et râles disséminés dans tout le poumon ; délire la nuit, pas d'albumine dans l'urine ; la température remonte à 39°,2 le soir.

Le 6. — Sur du sang pris au médius gauche, on trouve une augmentation considérable de globules blancs, 10/50. Les phlegmons ont pris des proportions considérables aux bras : droit 11/23, gauche 17/16 centimètres.

Aux cuisses : droite 11/17, gauche 16/18. Ils donnent lieu à une douleur vive. A la palpation, on sent une sorte de mollesse, d'élasticité bien différente de la fluctuation et même de la sensation que donne au toucher le phlegmon diffus dont ils ont l'apparence extérieure. La peau est rouge sombre, et paraît dans plusieurs points, surtout au bras droit, menacée de gangrène.

Le 7. — Ouverture des phlegmons des deux avant-bras. Entre les lèvres de l'incision, qui mesure environ 5 centimètres, se présente une matière tremblotante, gélatiniforme, gris jaunâtre, mélangée de sang, et ayant quelque ressemblance avec des crachats purulents. On est obligé de presser de chaque côté de l'incision pour faire sortir le pus. T. 38°,8 le matin, 39°,6 le soir.

Le 9. — La température s'élève encore à 39°,8 : mais à partir

de ce moment, elle s'abaisse progressivement, de manière à être normale à partir du 13. Cette élévation de température, venant interrompre la défervescence, était évidemment due à la suppuration provoquée.

Le 11. — Le malade présente sur l'avant-bras gauche, à partir de l'incision, une rougeur diffuse, qui gagne l'épaule, le tronc, se présentant sous forme de plaques plus ou moins étendues, et dans certains endroits sous forme de papules rouges, sombres, ne s'effaçant pas complètement à la pression, ne s'accompagnant pas de gonflement ganglionnaire ni de douleur dans l'aisselle et les aines. Eschare au siège. Le malade est placé sur le matelas d'eau. L'eschare est guérie sans complication le 20 avril.

Le 14. — Pansement au sublimé. En présence du décollement qui persiste, on réunit successivement les plaies par un fil de catgut. La cicatrisation est complète le 23 avril. Il reste encore jusqu'au 1^{er} mai, un peu d'induration de l'avant-bras droit. L'état du malade est excellent ; il mange bien, ne tousse pas ; il a repris de l'embonpoint et des couleurs.

OBSERVATION XVIII

(M. le Professeur SPILLMANN, *Revue médicale de l'Est*,
15 juillet 1892).

Lemelle Jean, 50 ans, journalier. Entré à l'hôpital le 1^{er} mai 1892.

Pas d'antécédents héréditaires.

Le malade a déjà eu trois pneumonies à 16 ans, 18 ans et 29 ans.

Il a eu la dyssenterie en Afrique pendant huit mois, puis de l'ictère.

Pas d'autre maladie, pas de syphilis.

Boit un peu d'alcool tous les matins.

Le 8 mai, vers le soir, le malade a un point de côté et des frissons répétés. Le 9 le point de côté disparut, mais le malade se mit à tousser.

Décubitus dorsal, face vultueuse, teint subictérique, battement des ailes du nez. Dyspnée, prostration.

Température 40° le soir, 39° 2 le matin. Pouls 104, régulier, fort. Respiration 48.

Sonorité normale à droite, tympanique sous la clavicule gauche.

A l'auscultation à droite, le murmure respiratoire est diminué, l'expiration prolongée, à gauche, inspiration rude, expiration mélangée de râles muqueux. En se rapprochant de l'aisselle, on perçoit des râles crépitants.

En arrière, la sonorité est augmentée à droite dans toute la hauteur ; à gauche, submatité dans les fosses sus et sous-épineuses, matité à la base.

A l'auscultation on entend à droite une respiration rude, mélangée à la base de râles sous-crépitan. A gauche, souffle tubaire dans la fosse sus-épineuse, râles sous-crépitan dans la fosse sous-épineuse, gros râles muqueux à la base.

Expectoration visqueuse, un peu rouillée, contenant des pneumocoques.

Les bruits du cœur sont sourds, éloignés ; pas de bruits anormaux. Les artères ne sont pas très dures.

Urine limpide, de coloration foncée, de quantité normale. Un peu d'albumine.

Langue blanche, haleine fétide, anorexie. Constipation. Le foie et la rate sont un peu augmentés de volume.

Céphalalgie frontale vive. Insomnie, pas de délire.

Traitement. — Lavement purgatif.

Potion avec liqueur ammoniacale anisée et extrait de quinquina.

Phénacétine 0 gr. 60 et chlorhydrate de quinine 0 gr. 30. Boissons stimulantes.

La température baisse et arrive à 37° le 16 au matin. Le malade est moins abattu, la dyspnée a diminué. Le pouls est fort et régulier. La teinte subictérique persiste. On entend de gros râles muqueux dans tout le poumon gauche.

Le 19 mai, la température remonte à 39° 2, le malade est beaucoup plus abattu. La dyspnée a augmenté. Teint terreux. L'état du malade paraît désespéré.

On emploie alors le traitement par les injections d'essence de térébenthine.

Quatre injections sont faites, d'une seringue de Pravaz chacune,

aux avant-bras et aux cuisses. Les injections sont douloureuses.

Le soir, température 39°.

Le 20 mai, gonflement, induration, rougeur, douleur au niveau des injections. Température 38° 1 — 38° 4.

Les jours suivants, la température se maintient entre 37 et 38.

Le gonflement et la rougeur augmentent aux bras et à la cuisse gauche. A la cuisse droite ils restent stationnaires. Les signes thoraciques sont les mêmes : gros râles muqueux dans tout le poumon gauche.

Le 28 au matin, température 37° 3. Le malade souffre beaucoup de ses trois phlegmons. On les ouvre, il en sort 425 grammes de pus. Le pus de la cuisse gauche est plus épais que celui des bras. Pas de phlegmon à la cuisse droite. — Le soir, température 38°.

Le pus ne contient aucun microbe. Pas d'augmentation du nombre des globules blancs dans le sang.

Pendant trois jours le malade se trouve mieux. Le 2 juin la température monte à 39°.

Expectoration muco-purulente abondante. Pour la diminuer, on fait au malade des injections sous-cutanées d'eucalyptol.

La température baisse et descend à 37, les 7 et 8 juin. Le malade respire assez bien. Il commence à manger. Les abcès sont presque guéris.

Dans le poumon gauche, on entend toujours de gros râles muqueux, et l'expectoration reste abondante.

Le 10 juin, la température dépasse 38. Gonflement, fluctuation à la cuisse droite. Une ponction exploratrice ramène du pus. Une incision laisse écouler 150 grammes de pus.

Les jours suivants, la température reste à 38°. L'expectoration est toujours abondante. Les injections d'eucalyptol sont remplacées par deux capsules d'iodoforme de 0,10.

Le 12 juin on perçoit de l'égophonie à la base gauche.

Le 15 juin, le malade présente un profond abattement. On entend dans toute la poitrine des râles muqueux abondants.

16 juin. — Râles trachéaux. Injections d'éther et de caféine.

17 juin. — Cyanose. Pouls faible. Mort.

A l'autopsie on trouve le poumon droit très congestionné. Le poumon gauche est en hépatisation grise. En différents points de ce poumon, on trouve des excavations du volume d'une noix, contenant du pus épais.

Des trois premiers abcès on ne voit plus rien que la cicatrice.
Dans le dernier abcès, on trouve encore un peu de pus.

OBSERVATION XIX

(M. le Professeur SPILLMANN, *Revue médicale de l'Est*,
15 juillet 1892).

Grimal Victor, 36 ans, menuisier, entré à l'hôpital le 27 mai 1892.

Pas d'antécédents héréditaires.

Le malade a eu la fièvre typhoïde à 24 ans.

Otite droite supprimée depuis la jeunesse.

La maladie actuelle date de quinze jours. Le malade est tombé sans connaissance, en travaillant. Douleur au côté droit depuis la chute ; pas de frisson. Dyspnée depuis trois ou quatre jours.

Homme blond, très maigre, très pâle. Température 38°,4 le soir, 39°,5 le matin.

Pouls à 110, respiration 50.

Pas d'œdème des membres inférieurs.

Dyspnée intense. Battement des ailes du nez.

Skodisme à droite sous la clavicule, matité au deuxième espace, sonorité normale à gauche.

A l'auscultation, ronchus et gros râles muqueux des deux côtés.

En arrière, à droite, submatité dans la fosse sus épineuse, matité dans la fosse sous-épineuse, bruit de carton au niveau des 7^e et 8^e espaces, matité au-dessous.

A gauche, sonorité un peu exagérée.

Souffle tubaire dans les fosses sus et sous-épineuses droites avec bouffées de râles sous-crépitants fins ; les râles se perçoivent jusqu'à la base.

Dans l'aisselle droite, bouffées de râles sous-crépitants.

A gauche, râles sibilants et muqueux dans toute la hauteur ; diminution du murmure respiratoire à la base.

Expectoration muco-purulente abondante contenant des pneumocoques et des staphylocoques.

La pointe du cœur bat sur la ligne mamillaire. Bruits éloignés. Pas de souffle. Pouls régulier, faible.

Langue blanche, haleine fétide, anorexie. Le foie déborde les fausses côtes de deux travers de doigt. Diarrhée.

Urines claires, limpides, un peu albumineuses.

Pas de céphalalgie. Délire pendant la nuit.

Ostéo-arthropathies hypertrophiantes.

Écoulement purulent par l'oreille droite.

28 mai. — L'état du malade paraît désespéré ; on lui fait des injections de 1 gramme d'essence de térébenthine aux régions deltoïdiennes et aux cuisses. Ces injections ne déterminent pas de douleur.

Boissons stimulantes.

Le soir température 40°,3, pouls 124.

29 mai. — Prostration et dyspnée considérable. Souffle tubaire intense dans les fosses sus et sous-épineuses droites. Gros râles à la base droite et dans tout le poumon gauche.

Un peu de gonflement et de rougeur au niveau des injections.

Température 38°,2, pouls 120, petit, faible. Injections d'éther.

Le malade meurt le 29 à 4 heures 1/2 du soir, 31 heures après les injections.

A l'autopsie, on trouve tout le poumon droit hépatisé. Cœur mou, pas de lésion valvulaire. Foie gras. Rate diffluente. Rein gauche volumineux, 17 centim. sur 8, blanc, pâle, décortication facile.

Absence du rein droit.

Au niveau des injections on trouve un commencement d'inflammation.

Le pus examiné par M. Prautois, chef de clinique du service, était *amicrobien*.

Pas d'augmentation des globules blancs dans le sang.

OBSERVATION XX

(M. le Professeur SPILLMANN, *Revue médicale de l'Est*,
15 juillet 1892.)

Communiquée à M. le Professeur Spillmann par M le docteur
Greuell, de Gérardmer.

C. V., employé de commerce, âgé de 48 ans, est pris le 16 mai de courbature et de fièvre, mais sans frisson ni point de côté.

A une première visite le 17, il tousse, son expectoration est rouillée, et je lui trouve une pneumonie du sommet droit, rien à gauche.

Les deux jours suivants, le thermomètre marque 38° 5 le matin et 39 le soir. Le 20 au matin, 40° et l'auscultation fait découvrir, dans tout le poumon gauche, un mélange de râles crépitants, sous-crépitanants et sibilants. L'expectoration, en partie épaisse et jaunâtre, contient en abondance du mucus mélangé de bulles d'air. Le 21, la respiration devient extrêmement pénible. Le pouls à 130, est petit, irrégulier ; il y a 60 respirations à la minute. Température, 39° 5 le matin, 40° 5 le soir.

Au traitement stimulant déjà institué, on ajoute les injections sous-cutanées d'éther et de caféine. L'état général reste mauvais ; l'expectoration est complètement tarie ; la respiration devient de plus en plus laborieuse, et il semble que le patient n'ait plus que quelques heures à vivre.

Mon confrère le docteur Lajoue, du 151^e, qui a vu le malade avec moi est également du même avis. C'est dans cette situation que, rappelé au milieu de la nuit, je songe comme dernière ressource, aux injections de térébenthine dont j'avais vu quelques jours auparavant une courte relation dans les journaux. Mais j'avoue qu'au moment de prescrire, je ne me souvenais plus s'il s'agissait d'essence ou d'huile. A tout hasard, pensant même que l'huile plus impure devait être encore plus irritante, c'est celle-ci que j'envoyai quérir. J'en injectai deux grammes dans la région deltoïdienne gauche et un gramme dans la même région à droite.

Les injections alternatives d'éther et de caféine furent continuées jusqu'au lendemain, d'heure en heure d'abord, puis toutes les deux heures, enfin toutes les quatre heures seulement.

V... passa ainsi vingt-quatre heures, on peut dire, entre la vie et la mort, mais le 23, l'expectoration étant revenue, la respiration devient plus libre. Les régions deltoïdiennes enflammées, surtout à gauche, étaient extrêmement douloureuses. Mais l'amélioration allait croissant et le 29 mai, c'est-à-dire le cinquième jour après les injections de térébenthine, je donnais issue à une énorme quantité de pus épais du côté gauche. Sur le bras droit il ne s'était formé qu'une petite collection que j'ouvris le lendemain seulement.

En résumé, l'abcès par dérivation me paraît avoir grandement

contribué au salut du malade. Sans doute, il faut laisser une grande part du résultat obtenu, aux injections d'éther et de caféine. Celles-ci ont soutenu le malade ; elles l'ont empêché de mourir pendant 24 heures, et laissé aux injections de térébenthine le temps d'agir : mais il n'en est pas moins vrai, que c'est quelques heures après ces dernières injections que l'encombrement des bronches a commencé à diminuer ; que l'expectoration a pu se faire, et que l'air enfin a pénétré à nouveau dans le poumon gauche.

Jusqu'au jour de l'ouverture de l'abcès, la fièvre s'est maintenue à 38°,5 le matin et 39 degrés le soir, et l'expectoration est restée colorée plus longtemps que d'habitude, c'est-à-dire encore pendant une semaine, mais déjà 24 heures après les injections, la respiration était retombée à 40 et le pouls à 105 et 110. J'ajoute que mon cas était particulièrement sérieux, car aujourd'hui 13 juin, V... est encore très faible. A droite la respiration est normale, mais à gauche, l'air pénètre difficilement dans le poumon, toute la région postérieure de ce côté donne encore à la percussion de la matité presque complète, mais sans signe d'épanchement.

OBSERVATION XXI

(M. le Professeur SPILLMANN, *Revue médicale de l'Est*,
12 juillet 1892).

Observation communiquée à M. le Professeur Spillmann par M. le Dr Chrétien,
de Rosières-aux-Salines.

Femme âgée de 36 ans, accouche de son quatrième enfant, le 30 avril 1892. L'enfant meurt le lendemain, cyanosé.

Le 2 mai, le docteur Chrétien est appelé et constate une pneumonie du côté droit avec submatité, respiration faible, pouls à 110, température à 39 degrés, météorisme considérable de l'abdomen, arrêt des lochies.

Le traitement consiste en injections de liqueur de Van Swieten, lotions phéniquées, sulfate de quinine et thé au rhum.

L'état resta stationnaire les jours suivants.

4 mai. — On constate du souffle au sommet droit ; la respiration est difficile. On continue le même traitement ; un vésicatoire est appliqué.

6 mai. — La respiration est plus pénible, le pouls à 120, la température à 40°. La face est terreuse, le météorisme est plus marqué.

Prévoyant une fin prochaine, M le docteur Chrétien pratique quatre injections d'essence de térébenthine de 1 centimètre cube chacune, deux au niveau des muscles deltoïdes, deux au niveau de la partie supérieure des cuisses. Il prescrit en outre à la malade une potion avec un gramme de caféine.

7 mai. — La malade accuse des douleurs très vives au niveau des points injectés ; elle va s'affaiblissant et a du délire. La respiration s'embarrasse. Enfin la malade succombe le 8, dans la matinée, le 9^e jour de la maladie.

OBSERVATION XXII

(Service de M. le Professeur SPILLMANN.)

Recueillie par M. le docteur Duffner, interne du service.

Selzer, couturière, 58 ans, entrée à l'hôpital le 16 juin 1892.

Père mort à 74 ans des suites de blessures, mère morte à 86 ans à l'hôpital Saint-Julien.

Mariée. Une fille bien portante ; elle habite Saint-Etienne et a eu deux enfants qui sont morts à deux et trois ans d'affections inconnues.

Son mari est à l'hôpital Saint-Julien.

La malade gagne 1 fr. 50 par jour et couche dans une chambre humide.

Mange peu de viande, ne boit pas de vin.

A été en Afrique pendant 14 ans, province de Constantine, avec des parents qui défrichaient.

Y a eu les fièvres presque continuellement.

Pas d'autres maladies.

Ménopause à l'âge de 48 ans.

Il y a une vingtaine de jours a été battue. On trouve encore des ecchymoses à la fesse droite et au mollet et à la face interne de la cuisse gauche. La malade est couchée depuis vingt jours et crache depuis cette époque.

Est plus malade depuis huit jours. N'a pris depuis qu'une purge et de la tisane pectorale.

Malade amaigrie, ecchymoses, température, 39° 4, pouls, 110, respiration, 44. Léger œdème des membres inférieurs, varices, teint subictérique, pommettes colorées, herpès labial.

Bruit skodique dans les deux premiers espaces intercostaux gauches, inspiration rude avec expiration prolongée et quelques sibilances surtout à gauche.

En arrière, matité à partir de la partie moyenne de l'omoplate gauche. Sonorité à droite. Pas d'augmentation de vibrations.

Fosse sus-épineuse, inspiration rude.

Fosse sous-épineuse, bouffées de râles sous-crépitants à l'inspiration. Quand on fait tousser la malade, on entend des râles sous-crépitants jusqu'à la base.

A droite respiration rude avec sibilances dans toute la hauteur.

Quintes de toux fréquentes, expectoration gélatineuse ambrée.

Urines rares, foncées, limpides, non albumineuses, hémaphéïques.

Anorexie. Pas de vomissements, foie et rate de volume normal.

Bruits du cœur normaux.

17 juin. — Injection d'essence de térébenthine (une seringue de Pravaz de un gramme) dans les deux régions deltoïdiennes.

Production de douleurs très vives.

Ventouses, café, champagne, thé au rhum ; caféine, 1 gramme.

19 juin. — La température baisse, gonflement, rougeur et douleur au niveau des piqûres.

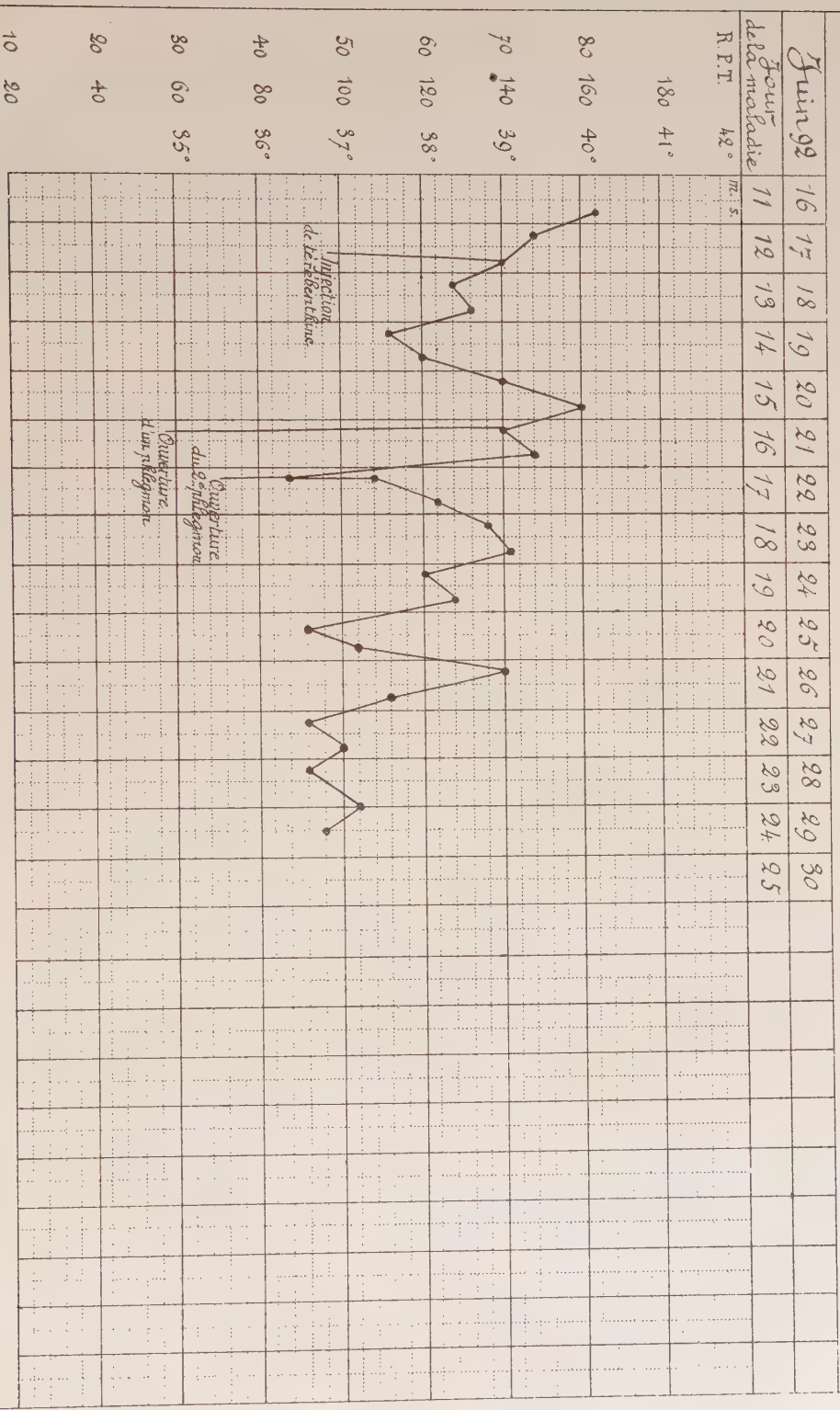
20 juin. — Foyer de râles sous-crépitants. La température est remontée, 39°, 40°.

21 juin. — Gonflement, induration et rougeur au niveau des injections. Le sommet du gonflement est occupé par des phlyctènes dont quelques-unes sont purulentes. Sur le bras gauche quelques phlyctènes contiennent du liquide séreux.

Ouverture du phlegmon du bras gauche. On y trouve encore peu de pus.

Submatité dans les fosses sus et sous-épineuses gauches ; sonorité au-dessous. Râles sous-crépitants dans la fosse sous-épineuse.

22 juin. — Ouverture du phlegmon au bras droit. Comme au bras gauche, le pus n'est pas encore complètement collecté.



24 juin. — Amélioration considérable de l'être général, température 38°, 38° 4, râles muqueux dans la fosse sous-épineuse gauche.

25 juin. — Température 36° 6, 37° 2. La malade respire facilement et commence à manger.

26 juin. — Température 39° le matin, pas de frisson, pas de signes stéthoscopiques particuliers.

28 juin. — Apyrexie.

OBSERVATION XXIII

(M. le Professeur Mossé de Toulouse, *Midi médical*,
6 et 20 août 1892).

P... Sébastien, 47 ans, terrassier, entré le 31 mars 1892, salle Notre-Dame, numéro 20.

Antécédents héréditaires. — Parents morts à un âge avancé.

Antécédents personnels. — Variole à 30 ans. Bonne santé habituelle.

Débuts de la maladie actuelle. — Le 25 mars, P... s'est senti subitement fatigué, sans appétit, et a éprouvé dans le côté gauche de la poitrine une douleur violente, continue. Il se met lui-même au régime du lait et de la tisane, mais comme la douleur ne passe pas, et qu'il se sent plus malade, il se présente le 31 mars (6^e jour de la maladie), à la consultation de l'Hôtel-Dieu. Fièvre, faciès rouge, congestionné, douleurs dans les reins, pas de céphalée violente. P... est admis d'urgence.

A la contre-visite, souffle et râles sous-crépitaux dans le lobe inférieur du poumon gauche. Température 39.

1^{er} avril. — Ce matin la face est cyanosée avec légère teinte subictérique. Fièvre et dyspnée. Température 38° 6; pouls petit 120, respiration 40. L'état général est mauvais, le malade a eu de la diarrhée.

Examen physique de la poitrine — Côté gauche: en arrière matité dans toute l'étendue, avec maximum dans la région moyenne. Souffle tubaire dans la partie moyenne de la fosse sous-épineuse. Le souffle s'entend encore dans toute la région de la base, moins fort. Dans toute cette partie, on perçoit de plus des

frottements pleurétiques et la palpation permet de sentir sous la main une sorte de frémissement synchrone, aux mouvements respiratoires, produit par le frottement des deux feuillets de la plèvre.

En avant, sonorité exagérée de la région sous-claviculaire, jusqu'au niveau du mamelon, où le son devient plus clair. Râles muqueux abondants.

Du côté droit, la sonorité est à peu près normale en arrière, en avant, elle n'est pas exagérée comme du côté gauche. L'auscultation fait entendre un mélange de râles sonores et de râles muqueux, dans toute l'étendue du poumon droit avec prédominance des râles sonores; frottements à la base.

Cœur. — Les bruits du cœur sont faibles, mal frappés, sourds. Les artères sont dures.

2 avril. — L'aspect général du malade paraît moins mauvais qu'hier; mais l'adynamie est toujours profonde. La langue n'est pas sèche. La température est à 38° 4, le pouls est un peu moins rapide, 116, ainsi que la respiration 32.

L'auscultation semble indiquer aussi une tendance à l'amélioration de l'état local. Les râles humides sont plus nombreux dans le poumon, on dirait qu'il y a une tendance à la liquéfaction.

Les crachats sont cependant visqueux, adhérents, d'une couleur brunâtre. Malgré la détente légère constatée dans la température et le pouls, le pronostic paraît toujours sérieux, même traitement. Température 38° 8.

3 avril. — La tendance à l'amélioration notée hier a fait place à une adynamie profonde. Le malade est prostré, la langue est sèche. Le cœur faiblit et l'ensemble fait redouter une mort prochaine.

Les traitements institués les jours précédents n'ayant pas donné de résultats, nous décidons d'avoir recours à la méthode de M. Fochier. Deux injections de un centimètre cube d'essence de térébenthine, sont pratiquées sous la peau de chaque cuisse, à la région moyenne, par notre chef de clinique M. le docteur Destarac. Le malade ne manifeste aucune douleur au moment de l'injection.

Afin de soutenir l'état du cœur et de la circulation, en même temps que les injections térébenthinées, nous prescrivons une injection hypodermique de caféine.

A la visite du soir, il ne s'était produit aucune réaction, au niveau des injections térébenthinées, ni chaleur, ni rougeur, ni tuméfaction. L'état général est de plus en plus mauvais et le malade succombe quelques instants après la contre-visite.

L'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION XXIV

(M. le Professeur Mossé, *id.*).

Pell... Bernard, 59 ans, camionneur, entre le 9 juin 1892, salle St-André, n° 24.

Antécédents héréditaires : Père mort à 47 ans, mère morte à 67 ans (?)

Antécédents personnels : Pas de maladies antérieures, bonne santé habituelle.

Début de la maladie actuelle : Le 4 juin, Pell..., en se rendant à pied à Blagnac, a eu très chaud, a beaucoup sué et s'est découvert tant qu'il était en transpiration. Il a senti, à ce moment, qu'il prenait froid. Quelques heures après cette imprudence, il a éprouvé une assez vive douleur dans le côté droit, un malaise général, il est rentré et s'est mis au lit.

Depuis le 4, Pell... est resté chez lui attendant la fin de cet état, qui au lieu de se dissiper est devenu plus grave. Il n'a fait appeler aucun médecin, et le 9 il se présente avec de la fièvre et de la dyspnée à notre consultation à l'Hôtel-Dieu, où il est admis d'urgence. Temp. s. 39.9.

10 juin. — A la visite du matin, le malade est prostré, la face rouge légèrement violacée.

Le côté droit est encore douloureux, la respiration est rapide; le malade tousse peu, l'expectoration est à peu près nulle; ce n'est qu'avec la plus grande peine que Pell... rejette quelques crachats, épais, visqueux, jaunâtres. La température est à 38°.5.

Les renseignements fournis par le malade, l'habitus extérieur et les troubles fonctionnels donnent l'idée d'une pneumonie à forme adynamique; mais l'examen physique du thorax ne permet de recueillir que les signes suivants :

Côté droit : En arrière, submatité. A la base et dans la région

moyenne : retentissement de la voix et des bruits respiratoires. Râles sous-crépitants, nombreux, respiration soufflante, rude, pas de vrai souffle.

Côté gauche : Quelques râles de bronchite disséminés.

Des deux côtés : En avant, rien de bien particulier à l'auscultation et à la percussion, en dehors de quelques signes de bronchite.

Pas de souffle au cœur.

Ni albumine, ni sucre dans les urines. Diagnostic : fluxion de poitrine ou pneumonie centrale dont les signes physiques ne sont pas encore sensibles.

Traitement : 1° Application de ventouses sèches sur le côté droit de la poitrine, en avant et en arrière. 2° Ipéca 1.50, tartre stibié 0.03 cent. en 3 paquets. 3° Après que le vomitif aura produit son effet, donner dans la journée, toutes les deux heures, une cuillerée à bouche de la potion suivante : Extrait mou de quinquina, 4 gr. S. p. de café 30 gr, rhum 40 gr., eau 90 gr. Toniques, lait, bouillon.

Temp. s. 39.1.

11 juin. — L'adynamie augmente. Les râles du côté gauche sont plus nombreux qu'ils n'étaient hier.

Temp. m. 38.6. P. 84. Temp. s. 39.1.

12 juin. — L'auscultation permet d'entendre aujourd'hui à la base gauche un souffle profond voilé.

Les signes de congestion pulmonaire et de bronchite sont plus étendus des deux côtés.

Pas de modification dans l'état général.

Torpeur, indifférence, pas de délire ni d'excitation. La langue n'est pas sèche.

Temp. 39.5. P. 84. R. 48. Temp. s. 39.

13 juin. — L'état général devient plus grave, l'adynamie plus accentuée. La langue est sèche, la respiration pénible, 45 ; Température 38°,4. P. 92. L'expectoration à peu près nulle, n'a pas changé de caractère, le malade ne peut prendre son crachoir, les crachats expectorés avec peine doivent être recueillis sur une serviette. Le souffle à la base gauche est devenu plus fort. Matité et signes de congestion du côté droit.

Les urines offrent l'aspect ordinaire des urines de la pneumonie, 800 c.c. environ de couleur rouge acajou, très pauvres en chlorures. D'après l'analyse faite par M. Gérard, chef de laboratoire, il n'existe en effet que 1 gr. 25 d'acide chlorhydrique par litre d'urine.

L'ensemble clinique ne laisse entrevoir aucune tendance à la défervescence, nous sommes au 10^e jour de la maladie, l'état général comme l'état local, nous font redouter le passage prochain à la suppuration. Nous nous décidons à recourir à la méthode de Fochier. M. Pech, interne du service, fait, à 10 heures du matin, une injection hypodermique de 1 cc. d'essence de térébenthine, sous la peau de la cuisse gauche.

Le malade ne souffre pas au moment de l'injection, la réaction générale est à peine marquée.

Temp. s. 38° 7.

14 juin. — Au niveau de l'injection, la peau n'offre pas de changement très appréciable. Pell... n'accuse une légère douleur que si on presse ou si on imprime un mouvement à la peau de la région injectée.

Poumons : matité à la base et à la région moyenne en arrière du côté gauche. Le souffle a envahi la région moyenne ; noyaux de râles crépitants autour du souffle tubaire. Du côté droit les râles sont plus nombreux et de ce côté aussi la fluxion broncho-pneumonique paraît en progrès.

Même état général, temp. 38° 5, pouls 92, respiration 57. On fait une nouvelle injection de 1 centimètre cube d'essence de térébenthine sous la peau de la cuisse droite. Continuer la potion à l'extrait mou de quinquina et les toniques.

Temp s. 39° 3, Resp. 49.

15 juin. — Au niveau des piqûres, surtout à gauche, on constate aujourd'hui un empâtement rouge, douloureux.

Il ne s'est produit aucune amélioration dans l'état général ; au contraire la dyspnée a augmenté, la respiration est à 60 ; la température à 38° 7, le pouls instable oscille entre 92 et 100. La langue sèche est devenue noire, l'adynamie est toujours très marquée.

Mêmes signes stéthoscopiques qu'hier, du côté gauche, en avant et en arrière.

A droite, la lésion a continué à faire des progrès, on entend en

effet aujourd'hui un souffle tubaire et de la pectoriloquie dans toute la région de la base. En avant et dans la région de l'aisselle la respiration est rude, soufflante.

Traitement : En présence de cet état général, de plus en plus alarmant, et des progrès de la lésion pulmonaire (*pneumonie double de la base, congestion broncho-pulmonaire généralisée*), nous faisons pratiquer une troisième injection hypodermique de 1 centimètre cube d'essence de térébenthine dans la région deltoïdienne gauche. La potion à extrait mou de quinquina est conservée. Le rhum est porté de 40 grammes à 100 grammes dans la journée, de plus nous prescrivons des injections hypodermiques de 0 gr. 40 cent. de caféine (3 ont été faites : à 10 heures du matin, à 3 heures et à 8 heures du soir)

Les urines offrent toujours le même aspect extérieur : 930 centimètres cubes dans les 24 heures.

Le dosage des chlorures, pratiqué dans le but de chercher une augmentation précritiquée de ces éléments, fait constater encore une très notable diminution dans l'excrétion nycthémérale de l'acide chlorhydrique, 1 gr. 75 par litre.

Temp. s. 39 Pouls. 52.

16 juin. — L'empâtement et la rougeur ont augmenté autour des piqûres faites à la région antérieure des cuisses (*plus à gauche où l'injection est plus ancienne*), la rougeur est diffuse autour des points où a eu lieu l'injection. Il n'y a pas encore de trace de fluctuation bien manifeste, mais probablement le phlegmon gauche commence-t-il déjà à suppurer.

Ce matin l'état général quoique toujours grave, semble un peu moins mauvais. La diurèse a légèrement augmenté : la dyspnée est un peu moindre, la température est à 38°,5, le pouls reste toujours voisin de 100. Ce léger relèvement dans l'état général est attribué à la caféine et aux toniques.

Toujours même état local, même pronostic réservé. Même traitement : injections hypodermiques de caféine, extrait mou de quinquina, rhum 100 grammes.

Dans l'après-dîner, malgré nos recommandations formelles, et le désir du malade, sa famille dans la crainte que Pell... meure à l'hôpital l'enlève de la salle. Deux injections de caféine avaient

été faites depuis la visite du matin, et d'après les renseignements qui nous ont été donnés l'état général ne s'était pas aggravé.

Pell... a succombé deux jours après dans sa famille.

OBSERVATION XXV

(M. le Professeur REVILLIOD de Genève, *Revue médicale de la Suisse romande*, 20 septembre 1892).

Marie S..., âgée de 45 ans, entre à l'hôpital le 25 février, au quatrième jour d'une pneumonie droite, pneumonie grippale, adynamique, avec frissons intenses et répétés. Forte dyspnée, teinte ictérique, délire, foie et rate agrandis. L'hépatisation gagne rapidement de bas en haut, donnant un souffle intense presque amphorique qui se propage à gauche. Respiration 44, température maximum 38° 6, qui s'abaisse en lysis avec tendance à l'algidité.

2 mars, 8^e jour. — Encore 38° 8. L'hépatisation continue sa marche croissante. La respiration est courte et fréquente. Il n'y a pas de crachats, mais un râle trachéal de mauvais augure que la toux ne modifie pas. L'état général décline, l'expression est indifférente, comme dominée par la maladie. Obnubilation et somnolence. La teinte ictérique prend l'aspect pyémique.

C'est alors que nous fîmes la première injection de térébenthine; une seringue Pravaz au flanc droit.

3 mars. — Grande surprise de trouver la malade encore vivante, et avec une apparence de mieux, bien que le râle trachéal persiste.

La douleur de la piqûre étant modérée, nous en faisons une seconde de un gramme au flanc gauche.

4, 5, 6 mars. — L'expression est plus présente. La face n'a plus l'aspect pyémique. Il y a de la toux avec expectoration de gros crachats gris purulents. Le râle trachéal est moins continu. Le souffle diminue et fait place à des râles de retour. L'urine sent la violette.

7 mars. — L'injection térébenthinée du flanc droit a donné lieu à un bel abcès qui, incisé, ce cinquième jour, donne issue à une

grande quantité de pus mêlé de lambeaux de tissu cellulaire mortifié, sentant la térébenthine.

8 mars. — Epoque menstruelle. L'abcès du côté droit se vide rapidement. Celui de gauche occupe une surface qui s'étend de la neuvième côte à l'ombilic.

9 mars. — Cet abcès est incisé ce sixième jour et donne du pus comme le précédent. Le râle trachéal a cessé ; la malade éprouve une sensation de bien-être.

Depuis lors, l'amélioration a suivi son cours sans incident à signaler, si bien que le malade a pu se lever le 14. La convalescence a cependant été longue et l'exeat n'a pu être donné que le 23 avril.

Les crachats examinés par M. Maillart, assistant, ont révélé au début l'existence des pneumocoques, puis presque uniquement de streptocoques.

Le Professeur d'Espine qui a bien voulu examiner le pus retiré des abcès, nous a remis la note suivante :

« Pus du premier abcès (côté droit). Deux prises inoculées dans un tube de bouillon Loeffler, la seconde étendue à la surface de gélatine Tournailon penchée ; gélatine à + 22°, bouillon à + 37°. Résultat négatif pour les deux.

Pus de l'abcès (côté gauche). Deux prises très abondantes sont inoculées dans deux tubes bouillon Loeffler, mis à l'étuve à 37°. En les secouant, on voit apparaître un nuage blanchâtre qui examiné, soit à la goutte pendante, soit après dessiccation et coloré au bleu de méthylène Loeffler, est reconnu pour être simplement le reste du pus inoculé dans lequel on reconnaît les leucocytes dégénérés, remplis de globules graisseux, mais ne renfermant aucun microbe.

L'examen direct du pus au microscope après coloration avec la méthode de Gram reste absolument négatif. En résumé le pus des deux abcès causés par l'injection sous-cutanée de térébenthine ne renferme pas de microbes.

Résultat identique à ceux de Lyon et de Paris

OBSERVATION XXVI

(M. le Professeur REVILLIOD, de Genève, *id.*)

Homme de 33 ans, alcoolique, surmené, misérable. Il est atteint

d'une pneumonie gauche qui ne se résorbe pas, et d'un peu d'albuminurie. La convalescence ne se fait pas. Elle se complique d'un accès de délirium tremens qui laisse le malade très déprimé, avec céphalalgie, fièvre vespérale, sueurs profuses, insomnie, oppression.

L'albuminurie a cependant cessé depuis le quinzième jour. Le malade pâlit de jour en jour d'une manière inquiétante. Il n'a que 50 0/0 d'hémoglobine, globules rouges 3,190.000, globules blancs, 8,18/ (Jaccard, assistant). L'état général s'aggravant de plus en plus, bien que les symptômes pulmonaires n'aient pas augmenté, il y avait à craindre une pyogénèse non encore localisée, hypothèse qui nous engageait à créer un abcès pour fixer le pus dans un point favorable. Inutile d'ajouter que la médication tonique et dirigée selon les indications avait été instituée dès le début et était restée insuffisante.

Le 22 mai, dans la sixième semaine de cet état, nous fîmes une injection de térébenthine d'une demi-seringue seulement à la région sous-claviculaire gauche.

Nous n'avons jamais eu le courage de faire les quatre injections aux quatre membres recommandées par Fochier.

La douleur produite par notre petite injection a été très vive. Néanmoins le 26 mai notre malade se trouve mieux ; il passe de meilleures nuits, se sent la tête plus libre.

Le 27, pour soutenir cette amélioration encore douteuse, il accepte une seconde injection d'un gramme de térébenthine qui est faite à la cuisse gauche.

Les deux abcès se forment avec une élévation de température qui arrive le soir à 39° pendant quatre jours, du 26 au 29 mai. Dans le cas précédent, la température avait au contraire baissé après l'injection.

3 juin. — Septième jour de l'injection, l'abcès de la cuisse, très fluctuant, est incisé et laisse couler une grande quantité de pus et de lambeaux de tissu cellulaire. La culture de ce pus a encore donné un résultat négatif. (D'Espine).

Quant au premier abcès sous-claviculaire provoqué le 22 mai, nous l'avons abandonné à lui-même pour voir s'il ne s'ouvrirait pas de lui-même. Or il n'en a rien été, bien qu'il fût très fluctuant

dans les premiers jours. Ce n'est que le 25 juin, soit le trente-quatrième jour que nous en avons débarrassé le malade qui entraînait peu à peu en convalescence. Le bloc pneumonique entra en résorption et tous les symptômes subjectifs et objectifs se dissipèrent graduellement.

19. — le malade peut quitter son lit.

23. — la pesée témoignait d'une augmentation de 1600 gr. dans la semaine.

Au juger, le malade prend des couleurs, bien que l'hémoglobimètre n'indique encore que 55 0/0.

OBSERVATION

(M. le Docteur FRANC (de Sarlat), *Journal de Méd. de Bordeaux*, 10 juillet 1892).

Le 12 mars 1892. — M. Franc a été appelé auprès d'une malade atteinte de pneumonie au quatrième jour. Cette femme, âgée de 67 ans, avait été prise dans la nuit du 8 de frissons et point de côté. Pneumonie des lobes inférieur et moyen du poumon droit, avec état grave. T. 40°,5. P. 130.

Sixième jour. — La malade est faible ; la nuit a été mauvaise, agitée ; crachats épais sanguinolents. Râles nombreux sous-crépitaux à la base du poumon droit ; souffle tubaire en haut et sous l'aisselle. On donne dans la journée un milligramme de digitaline cristallisée et trois injections de caféine. T. 39°.

Septième jour. — Même état.

Huitième jour. — La nuit a été mauvaise, l'agitation et le délire continuent. Expectoration difficile. Application d'un large vésicatoire et caféine en injections.

Neuvième et dixième jours. — La situation s'aggrave de plus en plus. Depuis avant-hier, la fièvre et le délire ont persisté, même pendant la journée et la faiblesse est extrême. Les crachats ont reparu plus abondants, mais grisâtres et bien nettement purulents. La malade absorbe difficilement. La langue est sèche, chargée d'un enduit fuligineux. Le poumon droit est rempli de gros râles à la base, tandis qu'on perçoit des râles sous-crépitaux et du souffle dans la moitié supérieure. A gauche, également

nombreux râles de congestion à la base. Traitement : caféïne en injections, salol et salicylate de bismuth. T. le soir 39°,5.

Onzième jour, matin. — L'état s'est encore aggravé ; la température se maintient à 40°. P. 14°, adynamie extrême ; gargouillement dans tout le poumon droit, râles nombreux à la base gauche. Crachats toujours purulents. A ce moment, malgré la non-interruption des injections de caféïne et d'éther, la situation paraît désespérée ; *une terminaison fatale, prochaine, semble inévitable.*

C'est alors que le Dr Franc fait 4 injections de 1 centimètre cube d'essence de térébenthine aux 4 membres ; T. soir, 39°. *A partir de ce moment l'amélioration s'est déclarée lente, mais progressive.*

Dix-neuvième jour. — Trois abcès ont été ouverts et ont donné issue à du pus crémeux abondant. La malade commence à manger ; la fièvre revient parfois encore mais légèrement le soir. Mais malgré l'extrême faiblesse, tout danger paraît être entièrement conjuré.

Les jours suivants, la malade ressent quelques douleurs dans la cuisse gauche, au niveau de la piqûre ; mais ce n'est que le 2 avril que l'on perçoit nettement la fluctuation. Une incision effectuée le lendemain donne passage à une quantité de pus crémeux. On constate encore à la base du poumon droit un engorgement assez prononcé, caractérisé par de nombreux râles.

Mais l'état s'améliore chaque jour, l'appétit se réveille ; les forces renaissent, la malade s'est levée la première fois, le jeudi 7 avril, et huit jours après, elle effectuait sa première sortie.

OBSERVATION (résumée).

(Obligamment communiquée par M. le Dr Guyot (de Paris).

M. BERMAN, *Thèse de Paris*, 13 juillet 1893).

P. . (François), 32 ans, employé de chemin de fer, entré à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. le Dr Guyot, le 24 février 1893, sorti le 11 mars.

Pas d'antécédents héréditaires, pas de maladies antérieures, bonne santé habituelle.

Malade depuis le 19 février. La maladie a débuté par un frisson intense, point de côté, malaise général. Les jours suivants P... a dû garder le lit ; l'état a empiré ; il a eu du délire. Le 24 février il est admis à Beaujon avec la fièvre et de la dyspnée.

24 février. — Le malade est prostré ; il a de la dyspnée ; T. 39°,6, crachats visqueux, d'une coloration ambrée.

Après l'examen du thorax, le diagnostic porté est : pneumonie du lobe inférieur droit.

25 février. — Le malade a eu du délire dans la nuit. Il est très affaibli : T. 39°,8 dyspnée ; pouls petit et accéléré.

26 février. — Délire, adynamie. En présence de l'état grave du malade, M. le D^r Guyot se décide à faire une injection d'essence de térébenthine.

La piqûre est faite en dehors de l'angle inférieur de l'omoplate droite. On injecte 1 centimètre cube.

Le soir le malade ressent des douleurs vives au niveau de la piqûre.

Le 27 février. — Réaction intense au niveau de la piqûre : rougeur et empâtement profond.

Le 28 février. — L'état général du malade s'est sensiblement amélioré. Expectoration à peine appréciable. L'abcès est ouvert. L'incision donne issue à une quantité assez abondante de pus. T. 38°,6.

Depuis ce jour la température revient peu à peu à la normale et le 11 mars le malade part complètement rétabli

OBSERVATION

(M. BERMAN, *Thèse de Doctorat*, 1893).

C..., 42 ans, employée de commerce, entrée le 17 mai 1893, dans le service de M. le Professeur Dieulafoy, à Necker, salle Monneret, sortie le 20 juin 1893.

Père mort à la suite d'un accident à 47 ans. Mère vivante (78 ans). Deux sœurs en bonne santé. Une sœur morte à 35 ans poitrinaire.

Dans son enfance, C... était d'une santé délicate. Plus tard bonne santé habituelle jusqu'à l'âge de 35 ans, quand elle fut

prise d'une bronchite fiévreuse. Pendant cette maladie elle a beaucoup maigri et depuis elle n'a jamais pu se débarrasser de sa toux, qui la poursuivait tous les hivers. Il y a 3 ans la malade a eu une congestion pulmonaire et une hémoptysie. Depuis 2 mois, sueurs nocturnes et elle a maigri encore davantage.

Actuellement c'est une femme débile et pâle.

Début de la maladie actuelle. — *Le 12 mai.* — C..., s'était sentie souffrante, mal à l'aise, elle était prise d'étourdissement, de fièvre.

Dans la nuit du 14 *mai* elle fut prise d'un violent frisson, accompagné de claquements de dents. Ce frisson se répète plusieurs fois dans la nuit. En même temps vomissements et toux.

Le 15 mai. — Point de côté peu intense qui s'accroît peu à peu et persiste jusqu'à l'entrée de C... à l'hôpital.

Dès le 13 *mai*, délire nocturne.

Le 16 mai. — Respiration difficile, commence à cracher. L'expectoration, au dire de la malade, était épaisse et visqueuse, sanguinolente, jaunâtre.

Le 17 mai, jour d'entrée, la malade a vomi à plusieurs reprises. Crachats visqueux, adhérents, rouillés. Température 40° 4. Grande faiblesse. Dyspnée intense. Respiration 54.

Examen physique du thorax. — A la percussion. Sonorité normale aux deux bases, submatité et diminution d'élasticité dans la fosse sous-épineuse droite. Matité dans la fosse sus-épineuse gauche et sous la clavicule gauche.

A l'auscultation, râles crépitants dans les fosses sus et sous-épineuses droites et souffle bronchique. Expiration rude et prolongée au sommet gauche.

Diagnostic. — Pneumonie du sommet droit, d'origine grippale, chez une bacillaire.

Le 18 mai. — La malade est prostrée et très oppressée. Respiration 64. Pouls petit et accéléré. Température, matin 40°, soir 40° 4.

Le 19 mai. — Délire dans la nuit. La faiblesse augmente, aussi bien que la dyspnée. Respiration 64. La malade a été prise ce matin de frisson. Urines : 250 grammes.

Râles fins au sommet droit et souffle bronchique, râles bulleux de bronchite généralisée. En avant gros râles humides. Température 39°.

Le 20 mai. — Respiration 55. Pouls petit à 104. Adynamie profonde, crachats liquides, jus de pruneaux. Température 38° 6 matin, et 39° le soir. N'ayant pas obtenu de résultat des différents traitements institués et en présence de l'état très inquiétant de la malade, M. le professeur Dieulafoy se décide aux injections de térébenthine. Avec la seringue de M. Roux, stérilisée, on pratique deux injections d'essence de térébenthine à la partie externe et moyenne des deux cuisses.

Le 21 mai. — Les injections ont provoqué le soir des douleurs qui ont duré à peu près deux heures et n'ont pas été très vives. La malade a moins de dyspnée. Respiration 46. Pouls 104. L'état général est moins mauvais. Température 38° 4.

Le 22 mai. — La malade a passé une bonne nuit. Respiration 40. L'état général s'améliore. Température 38°. Pouls 102. Respiration 40. Urines foncées, 1 litre L'expectoration est plus liquide, spumeuse, et elle a perdu le caractère jus de pruneaux.

A l'auscultation, souffle en arrière et à droite, et gros râles de retour ; impression de gargouillement. A gauche souffle moins fort. Quelques râles crépitants.

Au niveau des piqûres réaction intense : rougeurs et empatement profond.

Le 23 mai. — La malade se sent beaucoup mieux. Urines 1 litre. Respiration 38. Température 37,6 — 38. Expectoration franchement bronchique. Râles de bronchite généralisée.

Le souffle a disparu.

Quoique la fluctuation ne soit pas bien nette, on ouvre les deux abcès ; le pus n'est pas encore complètement formé, il y a cependant quelques grumeaux purulents. Les cultures, faites avec le pus des deux abcès, restent stériles.

Le 25 mai. — Plus de dyspnée. Température 37,6 — 37 L'état général de la malade est excellent. Les crachats sont muqueux, bien aérés. La suppuration des deux abcès est bien établie.

Une deuxième culture reste également stérile.

Le 27 mai. — Température 37°, 37° 2. Depuis ce temps la température reste normale.

La malade sort de l'hôpital le 20 juin, complètement rétablie.

OBSERVATION I

(M le Professeur REVILLIOD, de Genève).

(*Revue de la Suisse Romande*, 20 Septembre 1892).

H... Ch., jeune homme de 17 ans, fumiste, est envoyé à l'hôpital avec cet ensemble symptomatique considéré aujourd'hui comme un pseudo-rhumatisme infectieux.

Se constituant malade depuis une dizaine de jours, il semble dès son entrée, le 12 avril, déjà gravement atteint. Il se plaint de vives douleurs à l'oreille gauche, au médius de la main droite et surtout au pied gauche qui était uniformément tuméfié, tarse et métatarses. Il accuse enfin un violent point de côté à gauche, qui lui coupe la respiration, indice du début d'une pleurésie qui s'est bientôt accentuée avec tous ses caractères et en particulier un beau souffle amphorique pseudo-cavitaire. Quelques crachats ambrés indiquent aussi la présence d'un foyer pneumonique. Les souffrances sont telles que le malade n'a de repos ni jour ni nuit. Le gonflement du pied prend bientôt un aspect qui inspire la crainte d'arthrites suppurées. Le même soupçon s'adresse à la fièvre. Enfin le péricarde semble aussi menacé. Ces craintes augmentent plus tard par le fait que la fièvre modérée et irrégulièrement continue dès le début, prend depuis le 23 mai, cinquantième jour de la maladie, un caractère d'acuité avec de longs frissons répétés, et qu'elle reste rebelle à la quinine, à l'antipyrine, au salicylate. A mesure que la température monte presque tous les soirs à 40° et au-delà pendant huit jours de suite, l'état général décline, prend une apparence septique sans que nous puissions trouver une nouvelle localisation capable de l'expliquer. Les symptômes locaux subjectifs et objectifs restent au statu quo, mais il est évident qu'il se prépare quelque chose quelque part. L'examen du sang fait par M. Audéoud indique : hémoglobine 70 0/0, globules rouges 3.887.400, globules blancs, 15.500, donc un globule blanc pour 251 rouges. L'aspect pyémique se dessine de plus en plus.

C'est alors, le 1^{er} juin, que nous voyons l'indication de créer cette localisation indécise dans un point favorable. Nous choisissons le milieu du bras droit en avant du biceps où nous faisons une injection d'un gramme de térébenthine. La piqûre est douloureuse,

mais dès le lendemain les souffrances du pied, de la main, ainsi que le point du côté gauche vont en diminuant.

Enfin, fait important à noter, cette fièvre, qui avait résisté à tous les antipyrétiques employés largement jusqu'au jour de l'injection et cessés depuis ce moment, a commencé à diminuer dès le lendemain de l'injection, descendant à 37°, ne s'élevant que rarement à 39°. La formation du pus s'est accompagnée d'une vive douleur nécessitant une médication calmante intra et extra. mais nos craintes de suppurations articulaires et viscérales allaient s'éloignant de jour en jour.

Bien que la preuve absolument démonstrative fasse défaut ici, comme dans bien des choses en clinique, nous croyons que l'abcès provoqué au bras, en localisant le mal, a détourné la direction du processus suppuratif, qui était sur le point de se faire dans les articulations, les séreuses thoraciques ou les parenchymes.

L'abcès occupe le bon tiers moyen du bras. Sa période aiguë passée, il reste inerte sous la peau amincie, marbrée, entourée de deux autres petits abcès indépendants. Il est plutôt gênant que douloureux et n'a aucune tendance à s'ouvrir. Nous ne l'incisons que le dix-neuvième jour.

Le malade reste dans un état de convalescence stationnaire et indécise, troublée par quelques retours fébriles. Cependant il se se lève, marche, aide l'infirmier de sa salle ; il n'accuse aucun mal, craignant peut-être une nouvelle injection, car, tout en admettant l'action salutaire de la première, il ne se soucie guère d'un second abcès. L'examen réitéré du thorax n'indique que le résidu de sa pleurésie, qui était entrée progressivement en résolution depuis le 1^{er} juin.

Nous en étions là, lorsque le 10 juillet, le malade est réveillé soudain à 2 heures de la nuit par un accès de toux et rend par la bouche, séance tenante, un demi-crachoir de pus. Une vomique semblable se renouvela les 2 et 4 août.

La présence de cette collection purulente interlobaire venait confirmer nos prévisions, lorsque, sans avoir pu constater nulle part la présence positive du pus, nous avions néanmoins toujours considéré notre jeune homme comme en imminence de suppuration. L'abcès du bras droit avait suspendu pendant un temps donné le processus suppuratif, mais celui-ci avait repris l'offen-

sive, d'une manière plus ou moins lente et latente, à mesure que l'abcès térébenthiné, une fois vidé, marchait à la cicatrisation.

Puisque notre malade était encore menacé, c'eût été le cas, selon le conseil de Fochier, d'établir un second abcès peu après l'évacuation du premier.

Un second abcès aurait soutenu le bénéfice du premier et prévenu peut-être la formation du pus interlobaire. Quoiqu'il en soit, notre malade, suivi pendant les vacances par le D^r Ruel et nos assistants, est entré franchement en une convalescence qui, cette fois, après les vomiques, paraît définitive.

Voici les pesées du malade qui donnent une idée de la marche de la maladie dont tous les symptômes disparaissent au fur et à mesure de l'augmentation du poids.

22 avril, .	37.100.
2 mai,	37.800.
15 mai,	36.500.
25 »	36.000.
1 juin,	injection de térébenthine.
5 »	35.100.
15 »	36.500.
19 »	incision de l'abcès térébenthiné.
26 »	37.100.
5 juillet,	40.000.
10 »	vomique.
15 »	39.200.
25 »	40.000.
2 et 5 août,	vomiques.
5 août,	39.800.
10 »	41.000.
15 »	42.400.
25 »	44.800.
5 septembre,	46 800.

Ainsi notre malade allait s'amaigrissant jusqu'à l'injection et encore cinq jours après, puis il reprend ce qu'il a perdu et sauf de petites rechutes coïncidant avec chaque vomique, et corres-

pendant pour ainsi dire à la quantité du liquide expectoré, il gagne avec une progression constante 11.700 gr. en 90 jours, depuis la formation de l'abcès qui a donc été pour lui un corroborant !

OBSERVATION II.

(M. SIREDEY, *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 13 mai 1893).

F..., âgé de vingt-huit ans, est entré le 29 février 1892, à la salle Saint-Pierre.

Ancien rhumatisant, ancien typhoïde et paludéen, il présentait à son entrée, des signes très nets de rétrécissement mitral à peu près pur (dédoublement du second bruit et roulement présystolique) sans aucun trouble fonctionnel qu'un peu d'essoufflement et de faiblesse. La percussion et l'auscultation ne relèvent rien d'anormal à la poitrine.

Du 29 février au 5 avril, le repos, l'usage du lait, de la digitale ont fait disparaître ces légers troubles, et le malade aurait déjà quitté l'hôpital s'il avait eu du travail et des ressources.

7 avril. — Il se plaint d'une vive oppression avec légère douleur aux bases des deux poumons et rend des crachats sanguinolents. Râles sous-crépitaux fins à l'auscultation des bases, surtout à gauche en arrière. Ventouses sèches, Infusion de digitale.

8 avril. — Expectoration plus franchement sanguinolente, crachats visqueux aérés (de congestion pulmonaire). Submatité aux deux bases, râles sous-crépitaux fins disséminés des deux côtés en bas et en arrière, mais avec prédominance du côté gauche sans souffle. Température 39° 2.

Battements cardiaques tumultueux, bruits anormaux peu distincts. Endocardite manifeste.

Ventouses scarifiées, digitale, potion de Todd.

12 avril. — Du 8 au 12, aggravation manifeste. La température rectale se maintient entre 39° et 39° 6 depuis trois jours ; le pouls de 120 à 130 ; irrégularités, intermittences. Bruits cardiaques sourds, souffles systoliques rudes à la base et à la pointe. On ne distingue plus de dédoublement.

Même congestion intense des deux poumons sans foyer pneumonique, foie gros et douloureux, déborde les fausses côtes, rate légèrement tuméfiée.

Teinte subictérique des conjonctives et de la muqueuse sublinguale. Faciès grippé, yeux enfoncés dans les orbites, narines pincées. Langue rouge et un peu sèche. Constipation. On ajoute au traitement des injections de caféine, lavement purgatif léger.

13 avril. — Même état. Nouvelle injection de caféine Température 39° 3, le matin ; 39° 5, le soir.

14 avril. — La faiblesse du malade augmente ainsi que l'oppression, signes de congestion beaucoup plus accentués du côté gauche, râles sous-crépitaux nombreux et fins, respiration soufflante, mais néanmoins pas de souffle tubaire véritable.

Bruits du cœur tumultueux, voilés, souffles rudes à la base et à la pointe masquant les signes perçus précédemment. Teinte subictérique plus accentuée.

Albumine dans les urines et pigment biliaire. Injection de caféine. cuisse gauche (très douloureuse).

Dès le lendemain, 15 avril, léger abaissement de la température, oppression moindre, mêmes signes d'auscultation du côté du cœur et des poumons. Néanmoins le malade se sent moins faible et accuse une amélioration sensible.

A la face antéro-externe de la cuisse gauche où a été faite, la veille, une injection de caféine, le malade se plaint d'une vive douleur, et l'examen fait constater des plaques rougeâtres, vraisemblablement lymphangitiques, sur lesquelles on applique un pansement antiseptique.

Du 16 au 18, la détente s'accroît. Amélioration rapide et notable dans les phénomènes généraux, la congestion pulmonaire diminue, les crachats ne sont plus sanguinolents. La rate et le foie ont diminué de volume. La physionomie devient moins anxieuse, et le malade se sent beaucoup mieux, quoique l'auscultation du cœur n'accuse pas de modifications très sensibles. Température 37° 8 le matin, 37° 2 le soir. Du côté de la cuisse gauche, au contraire, aggravation très sensible des phénomènes locaux. Empatement très accentué de toute la région, peau œdémateuse, rouge.

20 avril. — Le pus étant bien collecté, incision qui donne lieu à l'écoulement de 80 à 100 grammes d'un pus bien lié ; pansement iodoformé. A partir de ce moment, amélioration très rapide. Disparition de la fièvre, de l'albumine. Quelques jours plus tard, du 25 au 30 avril, on entend de nouveau des bruits de rétrécissement mitral, mais avec léger souffle systolique à la pointe.

L'oppression a disparu et le malade recommence à manger : la température se maintient entre 37° et 37° 5.

CHAPITRE III

Passons en revue maintenant les résultats cliniques différents fournis par les observations précédentes et afin de mettre un certain ordre dans notre étude, occupons-nous successivement de la Fièvre puerpérale et de la Pneumonie. Nous tâcherons d'apprécier à sa juste valeur la méthode thérapeutique de M. Fochier dans ces deux affections.

De la Provocation d'abcès hypodermiques dans le traitement de la Fièvre puerpérale. — A notre grand regret, nous n'avons pu réunir qu'un petit nombre d'observations de Fièvres puerpérales dans lesquelles on ait tenté de provoquer artificiellement des abcès. Pour nous consoler, nous pourrions répéter ce que disait un illustre médecin dans un cas analogue : *Pauca, sed selecta et probata*. En effet, si nous faisons appel à notre modeste statistique, nous trouvons les résultats les plus brillants. Sept fois la guérison a suivi l'emploi de la méthode de M. Fochier, deux fois seulement la production d'abcès n'a eu aucun effet sur l'évolution de la maladie qui s'est du reste terminée par la résolution.

En réunissant en bloc les différents cas où l'amélioration s'est manifestée après la formation des abcès artificiellement produits, la statistique semble donc très favorable à la méthode nouvelle de traitement.

Mais devons-nous nous arrêter à ces chiffres ou n'est-il pas préférable, si nous voulons aboutir à des conclusions fermes et nettes, de rechercher avec soin, autant qu'il est possible de le faire, la part véritable de succès qui revient dans chaque cas particulier, à la méthode de la production des abcès hypodermiques ?

Nous voyons alors que l'amélioration notée après l'injection d'essence de térébenthine dans l'*Observation II* fut si promptement marquée, que M. Fochier lui-même dans son mémoire, prétend « avoir hésité à mettre sur le compte de la pyogénèse artificielle ce résultat. » En effet, les maladies aiguës ne déjouent-elles pas souvent tous les pronostics ? Discerner dans ces cas la part du traitement et des effets de la nature, n'est-ce pas chose difficile et fort délicate ?

De même, dans l'*Observation III*, nous constatons bien la résolution d'une lésion locale fort avancée dans son évolution après l'application de la méthode de M. Fochier, mais quelle déduction peut-on tirer de cette solution, lorsque deux autres lésions locales (*Observations V et VI*) continuent leur marche et finissent par suppurer malgré la formation artificielle d'abcès sous-cutanés.

Pouvons-nous établir également la part due à chaque médication dans l'amélioration qui s'est produite à un moment donné chez la femme de l'*observation VII* ? N'a-t-on pas fait un curetage utérin en même temps que les injections d'essence de térébenthine étaient pratiquées ? En retirant de la cavité utérine des fragments sphacelés de membranes, en lavant avec des liquides antiseptiques l'utérus, peut-être a-t-on agi

plus efficacement pour combattre l'infection qu'en provoquant des abcès. Dans cette observation comme dans les précédentes que nous venons de passer en revue, la méthode de M. Fochier semble donc ne pas avoir agi d'une façon bien évidente et indiscutable.

N'en est-il pas de même pour cette femme de l'*Observation IV* dont l'anémie traumatique profonde, l'hyperthermie continue, le délire aigu, constituaient toute la gravité de son état? Dans ce cas y avait-il en somme des symptômes bien nets caractérisant une infection générale? La malade venait de perdre beaucoup de sang à la suite d'un avortement, il est donc possible que l'arrêt de l'hémorrhagie ait contribué peut-être plus que la formation d'abcès à son rétablissement normal.

Les *Observations I, VIII et IX* seules paraissent plus démonstratives et laissent après leur lecture, l'esprit assez confiant dans l'efficacité de la méthode de M. Fochier. Dans ces trois cas, en effet, l'état général était très grave, le pronostic porté sur ces malades avait été des plus sombres et cependant après une série d'injections d'essence de térébenthine qui amenèrent la production d'abcès, l'évolution de la maladie fut des plus heureuses. Toute autre médication avait même été abandonnée chez la malade du docteur Ferrand.

En face de tels résultats, il ne faut pas oublier cependant les innombrables succès de la méthode antiseptique ordinairement employée dans les Fièvres puerpérales qu'a fait adopter du reste la connaissance vraie que nous avons actuellement de la pathogénie de cette affection.

Nous devons de même nous rappeler la douleur fort

vive produite par le développement des abcès sous-cutanés provoqués par l'injection de liquides irritants.

Pour toutes ces raisons nous pensons que la méthode thérapeutique de M. Fochier doit être dans le traitement de la Fièvre puerpérale, comme son auteur lui-même l'a dit dans un mémoire adressé à l'Académie de médecine, *une méthode exceptionnelle*.

Lorsque la méthode ordinaire de traitement semblera échouer, que l'état général de la malade sera menaçant, alors qu'aucune suppuration ne se produit ou qu'elle tarde à se faire, ou bien que la suppuration se développant celle-ci se produit dans un organe important, il sera permis alors seulement, en nous rappelant surtout les faits observés dans les observations I, VIII et IX de provoquer un ou plusieurs abcès sous-cutanés faciles à traiter, chez les malades atteints de septicémie puerpérale.

Ces conclusions, par lesquelles nous terminons notre étude relative au traitement de la Fièvre puerpérale par la méthode de M. Fochier, demanderaient sans doute pour entraîner la conviction de tous, l'appui d'un plus grand nombre de faits cliniques. Osons espérer que l'avenir viendra bientôt donner une confirmation à nos déductions thérapeutiques.

De la Provocation d'abcès hypodermiques dans le traitement de la pneumonie. — Mais la Fièvre puerpérale comme nous l'avons déjà indiqué, n'a pas été la seule affection pour laquelle on ait fait appel au traitement par la méthode des abcès sous-cutanés artificiels. La Pneumonie peut en effet, dans certaines circonstances, ren-

trer dans le cadre des maladies indiquées par l'auteur de cette méthode, comme susceptibles d'être combattues par ce procédé. Aussi à plusieurs reprises, comme on a pu le voir par les observations que nous avons rapportées plus haut, on a pratiqué chez certains malades atteints de Pneumonie grave, des injections de liquide irritant pour provoquer une phlegmasie locale.

Etant donnés les résultats fournis par la clinique et qui ont fait l'objet de publications, pouvons-nous admettre pour la Pneumonie le principe de la méthode de M. Fochier comme nous l'avons fait pour la Fièvre puerpérale et dans quel cas précis nous sera-t-il permis d'avoir recours à cette nouvelle médication? C'est ce que nous allons examiner maintenant en passant en revue les diverses observations précédentes.

Valeur de la Méthode en général dans le traitement de la Pneumonie. — Considérons d'abord en bloc le nombre de guérisons et d'insuccès fournis par les 26 observations que nous avons pu recueillir. Nous trouvons ainsi par un simple calcul, une proportion d'environ un succès sur 2,5. Cette fois la statistique, bien qu'assez favorable, est donc loin d'être aussi brillante que celle que nous donnait la Fièvre puerpérale.

Cependant si nous analysons maintenant avec soin les différentes observations qui sont mentionnées précédemment, notre impression est meilleure à la suite de ce travail que celle qui s'est dégagée de notre étude de la première affection.

Remarquons, en effet, que chaque fois que les injections d'essence de térébenthine ont été pratiquées,

les malades étaient dans un état général des plus déplorable. La dyspnée effrayante, le pouls petit, l'adynamie profonde sont notés partout.

Tout espoir le plus souvent avait disparu. Ainsi, rapporte M. le Professeur Lépine, « je me suis décidé à provoquer des abcès sur mon malade parce que son état *gravissime* justifiait les tentatives thérapeutiques même les plus audacieuses ».

La femme de l'*Observation II* avait « le pouls petit, expectorait des crachats grisâtres, purulents, témoignant le passage si redoutable à l'hépatation grise, tous les autres traitements avaient échoué ». C'est alors seulement que M. Dieulafoy se décide à suivre les conseils de M. Fochier.

M. Bard (*Observation III*) à son tour ne se décide à appliquer la méthode des injections sous-cutanées d'essence de térébenthine que parce que l'état de son malade est des plus graves. « La situation me paraissait grave, dit-il dans la note qui accompagne son observation, moins à cause de l'hyperthermie, qui était modérée, que par le fait de l'état général mauvais, de l'adynamie très accentuée et par la prolongation très inaccoutumée de la période d'état, puisqu'au 9^e jour il n'apparaissait encore aucun symptôme de résolution. »

Faut-il ensuite rappeler comment M. Raoul, considérant la mort comme inévitable pour son malade, se décide après deux heures d'hésitation à suivre la méthode nouvelle, et l'état si alarmant dans lequel se trouvait le malade de M. Gingeot lorsque l'interne de service commença à lui faire une injection d'essence de térébenthine.

Il nous suffirait de parcourir le reste des observations pour voir, comme nous le disions plus haut, que toujours la méthode n'a été appliquée que sur des malades presque mourants.

Et pourtant, malgré ces conditions essentiellement désavantageuses, défavorables, toutes les fois que les phlegmons ont eu le temps de se développer, que l'organisme présentait assez de forces pour faire les frais du développement d'une réaction inflammatoire, l'amélioration s'est montrée presque aussitôt.

La dyspnée chez certains malades diminuait rapidement, l'énergie cardiaque augmentait, un soulagement général se faisait sentir malgré la douleur très vive que la marche des abcès provoquait chez eux. Voilà ce qu'ont constaté tour à tour MM. Lépine, Bard, Dieulafoy, notre Maître M. le Professeur Spillmann, Raoul, M. le professeur Mossé, de Toulouse, M. le professeur Revilliod, de Genève, etc., etc.

Il est vrai qu'on peut nous répondre qu'après tout, ces faits ne sont que de pures coïncidences. Très souvent la défervescence ne se produit-elle pas au moment même où le malade semblait perdu ? Aussi lorsqu'on a observé une amélioration au commencement de la formation des abcès, le hasard a joué sans doute un plus grand rôle que le traitement lui-même.

Avouons d'abord que c'est déjà un fait fort exceptionnel que celui de rencontrer une série si considérable de coïncidences aussi heureuses dans le cas où la médication thérapeutique n'aurait eu aucun effet sur l'évolution de la maladie.

D'autre part, il est très facile de faire la même ob-

jection à tout traitement, à toute méthode thérapeutique. Si de telles théories devaient être admises, nous croyons bien que la médecine thérapeutique risquerait fort de sombrer toute entière. Cliniciens, expérimentateurs, seraient vite découragés et nous verrions alors, comme disait autrefois l'illustre Bouvier, avec quelle rapidité un tel scepticisme éteindrait jusqu'aux dernières lueurs de la foi médicale.

On peut aussi nous objecter les nombreux insuccès que nous avons indiqués et nous dire que bien souvent aussi la guérison n'a pas suivi les injections d'essence de térébenthine.

Mais vraiment doit-on s'étonner de pareils résultats lorsqu'on songe à l'âge et à l'état des malades qui n'ont pas bénéficié de la nouvelle méthode de traitement ? Nous avons rapporté les trois observations de M. Reclus, toutes trois négatives, mais en les communiquant à ses collègues de la Société médicale des hôpitaux de Paris, l'auteur lui-même ajoutait en parlant de ses malades : « Ils se trouvaient plongés dans un collapsus et un état d'asphyxie tels, que l'absorption du médicament a dû être bien incomplète. » Remarquons en outre, fait qui a son importance comme nous le verrons plus tard, qu'il n'y a pas eu développement d'abcès dans ces trois cas.

Devons-nous nous étonner aussi que tous ces vieillards traités par M. Chantemesse n'aient pu être sauvés par les injections sous-cutanées de liquide irritant lorsqu'on connaît toute la gravité des affections pulmonaires chez les personnes âgées et l'état d'atrophie et d'usure de tous leurs organes ?

On pourra dire sans doute que c'est précisément

dans ces cas graves que la méthode nouvelle de traitement devrait faire ses preuves.

Mais la première condition de succès pour toute médication, ne réside-t-elle pas dans un état tel de notre organisme qu'il soit encore possible de réveiller et d'exciter les fonctions de ses cellules ? Ce n'est pas l'essence de térébenthine, comme nous le verrons plus tard, qui produit l'action thérapeutique véritable, mais bien l'inflammation qui se développe et apparaît à la suite de l'injection du liquide irritant. Et pour cela le système nerveux doit pouvoir encore répondre à cette irritation pour produire la congestion nécessaire, la prolifération cellulaire, enfin tous les phénomènes qui doivent précéder la suppuration définitive.

S'il en est ainsi, devons-nous imputer à la méthode de M. Fochier les insuccès de MM. Spillmann, Mossé, Rendu, Chantemesse, dans les cas où les abcès n'ont pas eu le temps ou n'ont pu se développer ?

Nous ne trouvons vraiment que deux observations où la méthode de traitement de M. Fochier semble n'avoir pas rendu les services qu'on pouvait espérer retirer de son emploi. La première est celle de cet homme du service de notre Maître, M. le Professeur Spillmann, qui a succombé quelques jours après la production de quatre abcès. Il est certain cependant pour nous qui avons pu suivre ce malade, que la vie de cet homme a été prolongée de quelques jours par le développement de cette phlegmasie. Il est incontestable en effet qu'une amélioration s'est produite pendant la formation des abcès.

Quant au malade de M. le Professeur Mossé que nous considérons aussi comme n'ayant retiré aucun

bénéfice de la suppuration qu'on avait provoquée sur certaines régions de son corps, qui sait encore si sa sortie de l'hôpital n'est pas venue détruire l'amélioration qui commençait à se manifester ?

Aussi accordons, si l'on veut, à ceux qui connaissent rarement les joies de l'enthousiasme en thérapeutique et dont l'esprit critique garde toujours une réserve prudente, presque méfiante vis-à-vis des nouveautés de l'art, qu'il est nécessaire, avant d'avoir une confiance entière et absolue dans la méthode proposée par M. Fochier, que des résultats nouveaux viennent corroborer ceux que nous avons apportés dans le cours de notre travail. Mais qu'il nous soit permis de conclure et de dire que les succès déjà obtenus dans le traitement de la pneumonie par la méthode des abcès hypodermiques provoqués, nous font un devoir dès maintenant de prendre en considération les conseils de M. Fochier et de les suivre dans certains cas.

Indications de la méthode de M. Fochier dans la Pneumonie. — C'est à préciser avec soin les circonstances où l'application de cette nouvelle méthode thérapeutique dont nous venons d'admettre le principe général, semble nettement indiquée dans le traitement de la Pneumonie que nous devons consacrer maintenant nos recherches.

N'oublions pas d'abord que les abcès entraînent pour le malade la production de très vives douleurs et même dans certains cas une augmentation de la fièvre.

D'autre part, la pneumonie est une de ces maladies à évolution cyclique, dont la marche normale ne peut être enrayée. Le traitement généralement adopté et

qui consiste à soutenir les forces du malade par l'absorption de quelques toniques, à diminuer la congestion pulmonaire et à rendre au cœur son énergie, est le plus souvent largement suffisant pour sauver le malade.

Il faut se rappeler aussi qu'il n'est pas rare d'observer des pneumoniques dont l'état général paraissait des plus graves et qui guérissent rapidement après cette période où le pronostic avait semblé s'assombrir.

Aussi, comme pour la Fièvre puerpérale, la méthode de M. Fochier ne doit pas être une méthode générale de traitement de la pneumonie.

Mais si l'état adynamique semble se prolonger, si le délire et surtout la dyspnée prennent des proportions effrayantes, augmentant sans cesse, si la respiration prend cet aspect d'angoisse caractéristique et que le traitement ordinaire reste impuissant à détruire ces symptômes terribles, ayons alors recours aux injections sous-cutanées d'essence de térébenthine et provoquons le plus tôt possible des abcès.

Nous convenons qu'il y aura des cas sans doute fort embarrassants et que pour choisir le moment opportun de provoquer des abcès, ce ne sera pas toujours chose facile. Il faut d'une part ne pas trop se presser dans l'espérance d'une résolution spontanée, faite par la nature elle-même, toujours préférable, et d'autre part nous ne devons pas attendre trop longtemps nous plus pour permettre à l'abcès de pouvoir se développer et produire ainsi toute son action bienfaisante. Mais bien des fois le praticien se trouve dans de semblables situations et le sens clinique seul permet dans ces occasions de prendre une résolution sage.

Pourtant notre embarras ne sera pas toujours aussi grand, car il est des cas où l'indication de la méthode devient formelle et précise. Ce sont les cas où après avoir suivi sa marche ordinaire, la Pneumonie tarde à se résoudre et semble franchir le stade de l'hépatisation grise. Alors sans hésiter, hardiment, injectons un liquide irritant en plusieurs points du corps, dans le tissu sous-cutané et tâchons de provoquer des abcès. Nous ne ferons du reste que suivre des Maîtres de la science qui n'ont eu qu'à se louer de ce traitement. Il ne faut pas oublier non plus du reste que M. Fochier a surtout préconisé sa méthode dans ces cas où il y a tendance à la suppuration. « Non seulement les maladies où l'on peut voir se produire à la fois plusieurs abcès dans divers organes et dans différentes régions du corps sont justiciables de ma méthode, mais encore *certaines maladies, dans lesquelles on ne voit habituellement aucune tendance à la suppuration, mais qui peuvent devenir dans certaines circonstances des affections pyogènes généralisées telles que la pneumonie...* »

Mais comment diagnostiquer cette période dans l'évolution de la pneumonie ? Est-ce toujours très facile ? Dans son article du *Dictionnaire de médecine pratique*, M. Lépine s'exprime ainsi : « Vers le dixième jour, si la défervescence n'a pas encore lieu, les chances sont, au contraire, pour le passage au troisième degré (hépatisation grise), mais si l'on veut faire autre chose qu'un diagnostic de probabilités, et le fonder sur des signes positifs, on éprouve souvent un grand embarras.

Les crachats puriformes ou jus de pruneaux, n'ont pas, quoi qu'on ait dit, la signification absolue qu'on a

voulu leur accorder, et un clinicien prudent ne fondera jamais sur ce signe seul le diagnostic d'une hépatisation grise. Inversement leur absence et la persistance des crachats visqueux et rouillés, pouvant s'expliquer par la persistance, en certains points, d'une hépatisation rouge, ne sauraient exclure la possibilité d'une hépatisation grise limitée. Les signes d'auscultation sont aussi sans valeur. Il n'en est pas de même des symptômes généraux : si le dixième jour l'altération des traits de la face, le subdélirium, l'état typhoïde sont des signes qui, par leur réunion, doivent faire penser à la suppuration, surtout, dit Grisolle, s'ils se déclarent brusquement, auquel cas ils ont une plus grande valeur. Une série de petits frissons est aussi très significative, soit qu'il s'en produise une par jour pendant plusieurs jours consécutifs, soit qu'ils se répètent seulement deux ou trois fois dans l'espace de quelques jours. Chaque frisson est suivi d'une élévation plus ou moins grande de la température; dans l'intervalle, celle-ci n'est pas, en général, très élevée. Quant à l'oppression, quelquefois elle augmente, mais on la voit diminuer, en même temps que la toux devient moins fatigante, ou même cesser tout-à-fait. Il y a comme une sorte de détente de certains symptômes ; et cependant l'état général devient plus mauvais ; les forces subissent une atteinte grave ; il y a entre l'état local et l'état général une discordance bien frappante sur laquelle on ne saurait trop appeler l'attention ». Il ne faut pas oublier non plus que souvent avant la résolution se manifeste une exacerbation de la fièvre, des symptômes généraux graves et que les auteurs appellent pour cette raison pré-

critiques. Or en se pressant trop dans ces cas, on risquerait d'intervenir quand ce serait inutile. Mais cette exacerbation précritique ne dure jamais trente-six heures. Aussi, si le huitième jour un pneumonique a une exacerbation de trente-six heures, comme M. Lépine le conseille dans son article de la *Semaine médicale*, on devra écarter les éventualités d'une crise et se comporter en vue de l'imminence de la suppuration en adoptant la méthode nouvelle de traitement.

Il est bien entendu que les toniques, les injections de caféine, les ventouses, tout ce qui peut contribuer à augmenter les forces du malade ne doivent pas être négligés et abandonnés.

Dans ce dernier cas, l'indication semble donc générale et précise et pourtant on nous permettra de faire encore une restriction relative à l'âge du sujet. Les observations de Reclus, de Chantemesse laissent bien peu d'espoir dans les cas de pneumonie chez le vieillard. Nous ne trouvons mentionné aucun succès pour le moment, aussi nous croyons que pour les personnes âgées la méthode est à laisser de côté. Cependant nous devons ajouter qu'on n'a pas constaté dans ces cas pas plus qu'ailleurs une action défavorable des injections de térébenthine. Celles-ci ont été inutiles et sont restées sans résultat appréciable, mais il n'en est pas résulté un danger spécial.

Nous venons de voir les règles qu'il importait de suivre dans l'application de la méthode de M. Fochier chez les Pneumoniques. On peut les résumer en deux mots. Appelées quelquefois à rendre service au commencement de la Pneumonie, des injections de liquides irritants dans le tissu cellulaire sous-cutané pour

provoquer des abcès semblent nettement indiquées dès que le passage à l'hépatisation grise paraît se produire,

Dans ces conditions, la médication des abcès hypodermiques devient un utile auxiliaire de la méthode ordinaire de traitement de la Pneumonie et est appelée à rendre service au praticien.

Technique de la méthode. — Avant de terminer ce chapitre, il nous faut cependant donner quelques détails sur la technique de la méthode thérapeutique que nous venons d'étudier. Nous avons vu déjà précédemment que l'injection de liquide irritant devrait être faite dans le tissu cellulaire sous-cutané afin que l'abcès soit très facilement accessible au chirurgien et aisément traité.

On devra éviter cependant certaines régions telles que la région fessière, car le malade serait obligé dans ce cas de conserver une position très pénible. M. Fochier faisait les injections au niveau du deltoïde et dans la région hypogastrique. On a pratiqué depuis des piqûres à la partie externe et moyenne des cuisses, à l'avant-bras, dans la région sous-claviculaire, en dehors de l'angle inférieur de l'omoplate.

Il est bien entendu que ces injections seront faites avec toutes les précautions antiseptiques voulues.

La quantité et la qualité du liquide irritant à injecter pour provoquer des abcès ont été indiquées par M. Fochier et depuis tous les auteurs ont suivi les mêmes règles. C'est ainsi que M. Fochier préconise l'essence de térébenthine comme corps aseptique et très irritant à la dose d'un à trois centimètres cubes.

Au bout de quelques heures l'injection peut être recommencée, si on ne voit apparaître aucune manifestation inflammatoire. La suppuration est en effet la condition essentielle de succès.

De la Provocation d'abcès hypodermiques dans d'autres affections. — Nous aurions voulu étudier la méthode de M. Fochier dans le traitement d'une série d'autres maladies infectieuses à tendances suppuratives dans certains cas, telles que la grippe, l'érysipèle, etc., où elle est appelée, comme le pense M. Fochier, à produire aussi de bons effets.

Malheureusement les observations font défaut sur ces différentes affections et pour le moment nous sommes obligés de nous contenter de noter simplement les deux dernières observations qui sont indiquées dans le cours de notre thèse. Elles se rapportent à des maladies différentes de celles qui ont fait l'objet de notre étude, mais elles nous ont paru assez intéressantes pour être signalées.

Au moment où notre manuscrit était déjà chez notre imprimeur, nous avons pu lire une thèse sur le *Traitement de la pneumonie grave par les injections sous-cutanées d'essence de térébenthine* qui a été soutenue le 15 de ce mois à la Faculté de médecine de Paris, par M. Berman. L'auteur de ce travail arrive à des conclusions analogues aux nôtres et admet comme nous le principe de la méthode nouvelle. Nous sommes heureux de ce résultat et n'avons qu'un regret à exprimer c'est de n'avoir pas connu plus tôt ces recherches. Il nous faut en effet nous résigner à rapporter simplement quelques observations nouvelles que nous

avons trouvées dans la thèse de M. Berman sans les faire suivre, comme nous aurions voulu, de quelques réflexions. Ajoutons du reste que les résultats signalés dans ces nouvelles observations sont encore de véritables succès.

CHAPITRE IV

Notre but principal, en nous occupant de la méthode de traitement par la provocation des abcès hypodermiques, était surtout de savoir si les faits observés par les différents cliniciens qui s'étaient décidés à faire appel à cette médication, autorisaient le praticien dans l'avenir à se servir de cette arme nouvelle pour combattre certaines infections graves.

Nous avons montré non-seulement les espérances que les résultats consignés dans les diverses observations que nous avons pu recueillir, permettaient de faire naître dans l'esprit des plus sceptiques au sujet de la méthode nouvelle de traitement, mais encore les circonstances précises dans lesquelles l'application de celle-ci devrait être tentée d'une façon rationnelle.

En terminant ainsi notre travail, ne risquerions-nous pas d'encourir le reproche de ne présenter et de ne défendre après tout qu'un simple procédé empirique ? Une médication qui doit être rangée à côté d'autres méthodes scientifiques de traitement, doit être basée sur d'autres faits qu'une série même considérable d'excellents succès.

Il est indispensable, en effet, de rechercher le mécanisme intime de son action et les lois de pathologie générale qui permettent de l'expliquer. N'est-ce pas seulement depuis que les immortelles découvertes de Pasteur ont permis d'expliquer la pathogénie de la Fièvre puerpérale et d'indiquer les précautions néces-

saires à prendre pour éviter le développement de cette affection que certaines pratiques adoptées par quelques accoucheurs dans le même but depuis de nombreuses années, sont rentrées dans la grande méthode thérapeutique de l'Antisepsie ?

Malheureusement, il faut bien le dire, nous ne nous trouvons guère qu'en présence de pures hypothèses, et l'imagination a peut-être plus créé de théories pour expliquer l'action des abcès dans la méthode de traitement de M. Fochier, que la physiologie expérimentale n'a apporté de faits précis et indiscutables, permettant de se rendre compte des phénomènes intimes de la nouvelle médication.

En attendant que de nouvelles recherches expérimentales viennent rendre indiscutables certaines théories, contentons-nous de les passer successivement en revue, tout en indiquant ce qu'il nous est permis d'en retenir à l'heure présente.

La première pensée qui se présente à l'esprit pour expliquer l'action de ces injections d'essence de térébenthine dans le traitement de certaines maladies infectieuses, telles que la Fièvre puerpérale, la Pneumonie, est sans doute d'attribuer aux propriétés antiseptiques et stimulantes de cette substance, l'efficacité thérapeutique de cette médication.

Sans vouloir nier complètement cette action, nous nous rappellerons cependant la faible quantité de liquide introduit dans l'économie et, d'autre part, les résultats analogues obtenus avec d'autres substances bien moins antiseptiques.

D'autre part, toutes les fois que l'amélioration s'est manifestée à la suite de ces injections, l'abcès se dé-

veloppait en même temps. Le processus curateur semble donc bien dû à cette formation de l'abcès, puisque dans chaque cas où l'injection n'a pas donné lieu à la production de ce phénomène, le malade n'a éprouvé aucun soulagement et la mort a toujours suivi.

Mais comment donc agit alors cet abcès qui est la condition indispensable du succès ?

Il faut savoir d'abord que le plus souvent, lorsqu'une maladie infectieuse se termine par une série d'abcès, on retrouve (et ces faits ont été surtout mis en lumière ces dernières années) dans le pus formé, les mêmes microbes que ceux qui étaient la cause de l'Infection. Nous pourrions citer à l'appui de cette assertion, plusieurs observations ; nous nous contenterons d'emprunter au service de notre Maître, M. le Professeur Spillmann, une observation tout à fait concluante à ce sujet. C'est l'histoire d'une femme qui a présenté plusieurs abcès au milieu d'une infection puerpérale.

OBSERVATION : (Service de M. le Professeur SPILLMANN)

(Communiquée par M. SPILLMANN.)

Marie X..., âgée de 26 ans, cuisinière, entre le 28 avril 1893 dans le service de M. le Professeur Spillmann.

Est accouchée il y a 11 jours.

L'accouchement a été difficile et on a employé le forceps.

Depuis ses couches elle est malade. Elle a eu des frissons, de la fièvre, une soif vive, de la céphalée, une grande faiblesse.

Etat actuel. — Malade bien constituée, très abattue, teint un peu jaune, terreux.

Pouls petit, régulier, égal, dépressible, à 120.

Temp. 38° 2 hier soir.

On remarque sur toute la face postérieure de l'avant-bras droit une rougeur diffuse avec une légère tuméfaction. Il y a de la douleur à la pression. De même à la face externe du bras gauche on constate une tuméfaction indurée, rouge, douloureuse.

Appareil digestif. — Langue rouge. Pas d'appétit, soif vive. La malade se plaint de douleurs dans l'abdomen.

L'abdomen est encore volumineux. On ne constate pas de taches rosées. Douleurs peu intenses à la palpation. On ne constate rien d'anormal.

Diarrhée forte.

Le foie n'est pas augmenté de volume et ne déborde pas

La rate est notablement augmentée de volume.

Urine peu abondante, contenant de l'albumine.

Appareil circulatoire. — Pouls petit, régulier, égal, dépressible.

Cœur : Bruits précipités, un peu faibles. Pas de souffle. 1^{er} bruit un peu prolongé.

Appareil respiratoire. — Sonorité normale à la percussion. A l'auscultation : Bruits normaux. Dans la fosse sus-épineuse gauche, un peu d'inspiration rude.

30 avril. — Au toucher, le col est mou, chaud, douloureux, le cul-de-sac gauche un peu abaissé.

Une culture faite avec la sérosité retirée des lésions inflammatoires des bras et avec le sang, n'a rien donné.

5 mai. — Le souffle mitral persiste quoique un peu diminué.

La diarrhée a cessé.

La plaque rouge de l'avant-bras droit a disparu.

Celle du bras gauche s'est accrue et étendue à la face postérieure de l'avant-bras qui est rouge, un peu œdématié.

A l'auscultation : en arrière, râles fins des deux côtés.

9 mai. — La plaque de lymphangite de l'avant-bras droit a disparu complètement.

Au bras gauche elle a diminué d'étendue, mais il y a encore de la rougeur, de la tuméfaction et de l'induration à la partie postérieure du bras, sur une assez grande hauteur.

11 mai. — Il y a de nouveau à l'avant-bras droit une large et

longue plaque d'induration rouge et douloureuse. Celle du bras gauche persiste.

16 mai. — A l'avant-bras droit il y a un phlegmon diffus, étendu, allant depuis près du coude jusque près du poignet. On ouvre en deux endroits la collection d'où s'écoule une grande quantité de pus. On draine les trajets. Le plus examiné contient des quantités de streptocoques.

18 mai. — Il s'est formé au bras gauche, comme à l'avant-bras droit, un vaste phlegmon qui est ouvert et drainé. Il donne issue à beaucoup de pus.

27 mai. — La malade est prise de phlébite du membre inférieur droit. Vives douleurs à la pression le long de la face postérieure de la jambe et de la face interne de la cuisse.

Le membre est enveloppé de ouate, et on applique des pointes de feu le long du trajet des vaisseaux.

28 mai. — Les douleurs du membre inférieur droit ont cessé presque complètement.

Les phlegmons des bras sont à peu près guéris. On enlève les tubes de drainage.

29 mai. — L'état général est assez bon. Les douleurs dans la jambe droite ont disparu. Les incisions des bras se cicatrisent.

Recherches bactériologiques. — Du sang est recueilli au niveau du doigt, pendant les plus mauvais jours du début, l'ensemencement est stérile. Deux ensemencements également stériles avec la sérosité des plaques rouges. Lors de l'ouverture des abcès, ensemencements de pus sur bouillon.

Cultures pures de *streptocoques* très virulents.

Dans le pus, chaînettes de 8 à 12 éléments.

D'autre part, on sait qu'une irritation locale mécanique ou chimique amène au cours d'une infection, la fixation de microbes au lieu irrité et qu'il s'agit bien là d'un fait métastatique. Que de fois, à la suite d'une piqûre, d'une injection de caféine même faites avec toutes les précautions aseptiques, on a vu se dévelop-

per un phlegmon au point irrité et les microbes de l'infection venir pulluler en cet endroit ! Rapportons à ce sujet une des observations que M. Netter a lues à la *Société médicale des hôpitaux* le 25 mars 1892 à ce sujet.

OBSERVATION : (M. le Professeur agrégé NETTER).

Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 25 mars 1892

Rédigée par M. RENAULT, interne des hôpitaux.

Diémert (Madeleine), âgée de soixante-douze ans, ménagère, entre le 3 mars 1890, à l'hôpital Lariboisière, salle Marie-Raynaud, lit n° 18.

Rien à noter de particulier dans ses antécédents héréditaires et personnels.

Le 25 février, elle est prise d'un frisson peu violent, de fièvre, de fatigue et d'un point de côté droit peu net. Elle garde le lit jusqu'au 1^{er} mars ; se sentant mieux ce jour-là, elle essaie de se lever et d'aller à son travail, mais elle avait trop présumé de ses forces, elle est prise de vertige et tombe en descendant son escalier. Elle garde de nouveau le lit et se décide à entrer à l'hôpital le 3 mars.

C'est une femme maigre et peu robuste. Elle est abattue, somnolente, sa face est congestionnée, sa langue sèche.

L'examen de la poitrine révèle une pneumonie du sommet droit caractérisée par une matité absolue de toute la fosse sus-épineuse et d'une partie de la fosse sous-épineuse, du souffle tubaire dans la fosse sus-épineuse, des râles crépitants dans la fosse sous-épineuse.

La malade tousse peu et ne crache pas.

Température 39 degrés.

4 mars. = Même état. Température 39°,6 le matin, 39° le soir.

Potion avec 80 grammes de rhum.

2 » d'extrait de quinquina.

5 mars. — Les signes de pneumonie du sommet droit ne sont

pas modifiés, mais il s'y est ajouté de nombreux râles humides, assez gros dans toute l'étendue des deux poumons. Pas de crachats.

La face est colorée, la langue brune, sèche, rôtie, le pouls est petit, extrêmement fréquent, l'abattement est de plus en plus grand.

Température 38°,8 le matin, 39°,5 le soir.

6 mars. — L'adynamie est de plus en plus marquée.

Température 38°,5 le matin, 39°,8 le soir.

On continue le rhum et l'extait de quinquina. On fait une piqûre d'éther le matin et une dans la nuit.

7 mars. — Même état général.

A l'auscultation, on trouve de nombreux râles crépitants de retour. Il y a dans le crachoir quelques crachats visqueux et rouillés, dans lesquels l'examen bactériologique (microscope inoculation à une souris morte en trente-six heures), révèle la présence du pneumocoque.

Température 38°,6 le matin, 38°,8 le soir.

Même traitement.

8 mars. — Les râles crépitants de retour sont plus nombreux que la veille ; les crachats abondants, couleur de sucre d'orge.

L'état général s'améliore, la face est moins congestionnée ; l'œil plus vif, la langue est encore sèche.

Température 38° le matin, 38°,8 le soir.

9 mars. — Même état. Température 38°,6 le matin, 38°,9 le soir.

10 mars. — Les râles de retour sont de plus en plus gros, les crachats abondants, le souffle aigu. La malade est beaucoup moins abattue, la langue est humide.

Température 38°,6 le matin, 38°,8 le soir.

11 mars. — L'amélioration continue.

On s'aperçoit qu'il existe à la partie postérieure du bras gauche une tuméfaction rouge douloureuse, non fluctuante : ce phlegmon est dû à une des piqûres d'éther faites dans une nuit précédente par la veilleuse.

Température 38° le matin, 38°,4 le soir.

12 mars. — Etat général satisfaisant.

Le phlegmon est un peu plus étendu, non fluctuant.

Température 37°,6 le matin, 38°,2 le soir.

13 mars. — L'état général est bon, les râles de retour sont plus gros et plus abondants, les crachats conservent toujours l'aspect de crachats pneumoniques, mais sont moins adhérents au fond du crachoir.

Le phlegmon s'étend sur la face postérieure du bras depuis l'olécrane jusqu'au niveau de l'insertion inférieure du deltoïde ; la région est empâtée, rouge, œdémateuse, la palpation détermine une crépitation gazeuse nette. Une incision longue de 5 centimètres environ, donne issue à une faible quantité de sérosité mélangée à quelques gouttes de pus. Pansement à la gaze iodoformée après un lavage à la liqueur Van Swieten.

Température 37°,3 le matin, 38° le soir.

L'examen de la sérosité qui s'est écoulée lors de l'incision, montre qu'elle contient de nombreux pneumocoques.

14 mars. — Le phlegmon s'est limité, il existe encore un peu de crépitation gazeuse sur les bords de la plaie.

Température 37° le matin, 37°,8 le soir.

15 mars. — Il n'existe qu'un peu de rougeur et de gonflement au niveau des lèvres de la plaie sur une étendue d'un centimètre environ. La crépitation gazeuse persiste à la lèvre externe.

Température 37°,5 le matin, 37°,8 le soir.

16 mars. — La crépitation est limitée à la partie supérieure de la lèvre externe de la plaie. Pas de pus.

Température 37°,4 le matin, 37°,7 le soir.

18 mars. — On retire quelques petits lambeaux sphacelés de tissu cellulaire et de l'aponévrose déchirée du triceps brachial. La sérosité est roussâtre. La crépitation a disparu.

La lésion pulmonaire est presque guérie : souffle peu intense, gros râles humides peu nombreux, crachats muqueux.

Etat général très bon : la malade mange bien, la température, à dater de ce jour, ne s'élève plus au-delà de 37°,5.

Le 7 avril, il n'existe plus qu'une plaie, presque cicatrisée, de deux centimètres de long, ne fournissant que peu de pus, dans lequel l'examen ne révèle plus la présence du pneumocoque.

Quelques jours après, sa plaie étant complètement cicatrisée, la malade, tout-à-fait guérie, part à l'asile de convalescence du Vésinet.

En présence de ces différents résultats de bactériologie il était tout naturel de penser qu'*en irritant fortement un point particulier de la couche sous-dermique*, on attirerait, *on fixerait* en cet endroit les *nombreux microbes* répandus dans tout l'organisme ou qui manifesteraient leur virulence en une partie de l'organisme indispensable pour l'existence. Cette idée était celle aussi de M. Fochier qui a donné aux abcès qu'il conseille de provoquer le nom d'*Abcès de fixation*.

Malheureusement, toutes les fois que des recherches bactériologiques ont été faites dans le pus des abcès que l'on avait formés par l'injection d'essence de térébenthine, on a toujours trouvé le pus amicrobien, rarement quelques staphylocoques ou quelques microbes sans valeur, mais jamais de pneumocoques ni de streptocoques.

A ces faits, M. Revilliod, dans un travail publié au mois de septembre dernier dans la *Suisse romande*, répond « qu'il est assez rationnel d'admettre que dans les cas de pneumonie par exemple, les pneumocoques ont été appelés par l'irritation produite par l'essence de térébenthine, comme ils le sont par d'autres substances irritantes, mais que la térébenthine aura aussitôt exercé sur eux son action microbicide. Grâce à l'appui que cette substance microbicide leur apporte dans la lutte, les globules blancs appelés par la térébenthine auront facilement et rapidement accompli leur fonction phagocytaire qui d'ailleurs ne réclame que 16 à 22 heures (Netter) ». C'est une théorie très ingénieuse, mais qui séduit plutôt l'imagination qu'elle ne satisfait la raison.

D'autres auteurs ont cru, au commencement, que les

abcès agissaient dans le traitement de ces maladies à tendance suppurative par l'augmentation des globules blancs que ceux-ci devaient produire. On se fondait sur la leucocythose abondante que M. Brouardel avait observée dans les cas d'abcès survenant pendant la convalescence de la variole. « Dans la lutte indécise entre l'organisme et l'élément microbien, augmenter le nombre de leucocytes dans le sang, c'est amener de nouveaux combattants sur le champ de bataille pour détruire les microbes. L'ennemi, d'abord victorieux, est écrasé par les phagocytes » (Chantemesse).

Les recherches entreprises pour découvrir les preuves de cette théorie sont encore en contradiction avec celle-ci. M. Chantemesse a montré en effet que le nombre des globules blancs du sang des malades chez lesquels on avait provoqué des abcès n'était pas plus considérable qu'à l'état normal.

On est revenu alors aux anciennes théories et on a dit que l'action des abcès térébenthinés était sans doute tout simplement la même que celle de *la médication révulsive, dérivative* et M. Dieulafoy leur a donné le nom d'*abcès de dérivation*.

Mais sommes-nous plus sûrs d'avoir trouvé ainsi une explication rationnelle? Est-on d'accord à l'heure présente sur la question de la révulsion? S'il est une médication à laquelle les praticiens aient souvent recours et sur laquelle les théories les plus variées ont été données et sont encore émises, c'est bien sans contredit la médication révulsive. N'a-t-on pas vu les solidistes succéder aux humoristes? Les vitalistes à leur tour n'ont-ils pas voulu proposer une théorie de la révulsion?

Il est vrai de dire cependant que depuis quelques années plusieurs auteurs ont essayé de se rendre un compte exact et précis de cette grande méthode thérapeutique et de connaître le mécanisme vrai de son action. M. Reynaud dans sa thèse d'agrégation a essayé d'élucider certains points de cette question. Il a montré comment la douleur, la congestion, l'inflammation que produisent certains révulsifs retentissent sur les fonctions du système nerveux central, de la circulation, pour les stimuler et diriger leur action dans certains cas.

Il est fort admissible ici que la douleur produite par les abcès hypodermiques réveille l'énergie totale de tout le système nerveux, par suite augmente momentanément le fonctionnement de certains organes indispensables à la vie. D'autre part la congestion périphérique consécutive à l'injection d'essence de térébenthine peut parfaitement par acte réflexe diminuer la congestion centrale, celle du poumon surtout et rendre ainsi moins importante la leucocytose dans certains organes où elle peut devenir un grand danger.

Dans le cas particulier de la pneumonie, nous sommes disposé à admettre entièrement l'opinion que M. Laveran, professeur au Val-de-Grâce, développait à la Société médicale des hôpitaux, à la suite de la communication de M. Chantemesse : « Les leucocythes, prétendez-vous, disait le savant Professeur, sont les défenseurs naturels de l'organisme et il faut se garder de les troubler dans leurs fonctions. Soit, les phagocytes affluent sur tous les points menacés par l'introduction de corps étrangers ou de microbes,

mais il est évident que l'action des leucocytes et des autres phagocytes ne saurait être considérée comme étant toujours favorable.

« Par exemple pour le poumon, l'afflux des leucocytes dans un organe aussi nécessaire peut devenir un grand danger. On ne peut donc pas s'en rapporter aux phagocytes du soin de sauver l'organisme. Il faut régler leur action, modérer leur afflux ».

Nous nous arrêterons à cette théorie qui satisfait encore le plus notre esprit, en déclarant cependant qu'elle demanderait nécessairement pour être adoptée entièrement, des recherches expérimentales précises.

Pour le moment, consolons-nous de ne trouver qu'une théorie faiblement ébauchée, pour expliquer l'action véritable de la méthode de traitement à laquelle nous avons consacré notre travail, en pensant que les faits cliniques sont aujourd'hui assez encourageants pour « fortifier l'espérance qu'elle a fait concevoir à ses auteurs », et pour justifier de nouveaux essais.

Puissent ces derniers devenir très nombreux et si par notre travail nous arrivons à faire pénétrer notre conviction dans l'esprit de quelques-uns et à *sauver* « quelques vies humaines », nous nous estimerons heureux et justement récompensé de notre labeur. Notre œuvre ne sera pas restée stérile et inféconde.

CONCLUSIONS

Nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes de l'ensemble de notre travail :

1° Les résultats cliniques sont actuellement suffisants pour admettre en thérapeutique la méthode de traitement indiquée par M. Fochier, consistant à provoquer artificiellement des abcès hypodermiques par des injections de liquide irritant dans le tissu-cellulaire sous-cutané. Ils autorisent dans l'avenir l'emploi de cette médication dans certains cas de maladies infectieuses ayant des tendances à former des supurations.

2° La nature du liquide injecté importe peu ; il est essentiel au contraire que celui-ci soit assez irritant pour produire une suppuration locale rapide. On peut se servir avec grand avantage de l'essence de térébenthine que M. Fochier a finalement adoptée après plusieurs essais avec d'autres substances.

3° Il suffit en général d'injecter deux ou trois centimètres cubes de liquide. Mais si au bout de quelques heures la phlegmasie ne s'est pas produite, on peut recourir à de nouvelles injections.

4° Dans tous les cas la méthode de M. Fochier doit rester cependant *une méthode exceptionnelle* et n'être appliquée qu'après que les méthodes ordinaires de traitement ont échoué.

5° Dans la Fièvre puerpérale en particulier, lorsque, le traitement antiseptique semblera rester sans résultat, que l'état général du malade sera menaçant, alors qu'aucune suppuration ne se forme ou qu'elle tarde à se faire, ou bien que la suppuration se développant, celle-ci se produit dans un organe important, on sera autorisé à provoquer des abcès hypodermiques.

6° Dans la Pneumonie, on pourra tenter l'application de la méthode de M. Fochier toutes les fois que la pneumonie, au lieu de se résoudre, passe à l'hépatisation grise et lorsque dans les premiers jours de l'affection la dyspnée, l'état grave général, la faiblesse du cœur semblent résister à tout traitement.

Vu :

Nancy, le 15 juillet 1893.

LE PRÉSIDENT DE THÈSE,

P. SPILLMANN.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 15 juillet 1893.

LE RECTEUR,

A. GASQUET.
